أساليب الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المضطربين نفسياً في الأردن

إعداد

أحمد عيد مطيع الشخانبة

المشرف

الأستاذ الدكتور سليمان طعمة الريحاني

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

أيار، ٢٠١٠

الجامعة الأردنية

نمــوذج تفــويض

أنا أحمد حميد مطيع الشخانبة ، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع:

التاريخ: ١٦/٥/٢٠١٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة (أساليب الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المضطربين نفسياً في الأردن) وأجيزت بتاريخ 29 \4\2010

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور سليمان طعمة الريحاني، مشرفاً أستاذ – الإرشاد النفسي والتربوي	....
الدكتور محمد نزيه عبد القادر حمدي، عضواً أستاذ – الإرشاد النفسي والتربوي	....
الدكتورة نسيمة علي داود، عضواً أستاذة – الإرشاد النفسي والتربوي	....
الدكتور أحمد عبد المجيد الصمادي، عضواً أستاذ – الإرشاد النفسي والتربوي (جامعة اليرموك)	....

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من آمن بقدرة اللغة العربية على استيعاب سائر العلوم الحديثة، وإلى كل من ترجم كتاباً أو فصلاً أو بحثاً أو مقالةً إلى اللغة العربية.

الباحث

شكر وتقدير

بداية أشكر الله عز وجل الذي أعانني، ويسر لي سبل إنجاز هذا العمل. كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ الدكتور سليمان طعمة الريحاني الذي أشرف على هذا العمل، وأعطاني الكثير من وقته وجهده وعلمه.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الممثلة بالأستاذ الدكتور أحمد الصمادي، والأستاذ الدكتور نزيه حمدي، والأستاذة الدكتورة نسيمة داود لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة.

ولا يفوتني أن اشكر كل من ساهم في تسهيل إنجاح هذا العمل وأخص بالذكر منهم العاملين في المركز الوطني للصحة النفسية والعيادة الاستشارية التابعة له، وهم: الدكتور أحمد النسور، وطارق الراعي، وجمعة الجبور، وزيد عبيدات.

وأتقدم، أيضا، بالشكر الجزيل للأستاذ يوسف مسلم لمساعدته في تطبيق بعض الاستبيانات في مركز الأمل لعلوم الطب النفسي، وللدكتورة خولة السعايدة لمساعدتها في إجراء التحليل الإحصائي لبيانات الرسالة، وللأستاذ صايل هزاع الهواوشة؛ لتفضله بالمراجعة اللغوية للأطروحة.

كما وأتقدم بالشكر الجزيل إلى الأفراد الذين اشتركوا في هذه الدراسة؛ للوقت وللجهد الذي باذلوه في الإجابة على أدوات الدراسة.

وأخيرا أتقدم بالشكر الجزيل لأمي ولأبي ولإخوتي ولأسرتي الصغيرة؛ للوقت الذي منحوه لي ولتشجيعهم الدائم.

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

أساليب الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المضطربين نفسياً في الأردن

إعداد

أحمد عيد مطيع الشخانبة

المشرف

الأستاذ الدكتور سليمان طعمة الريحاني

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة وبعض الاضطرابات النفسية وتحديداً القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وإلى معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في كل من هذه الاضطرابات.

واشتملت عينة الدراسة على عينة من المضطربين نفسياً، وعددهم (١١٠) أفراد، وعلى عينة من الأسوياء الزائرين أو المرافقين للمضطربين نفسياً، وعددهم (١١٠) أفراد.

استخدمت في هذه الدراسة القائمة الشخصية لأساليب الحياة، وهي من إعداد ويلير وآخرين Wheeler, et al. (1986)، وقائمة الأعراض المعدلة، وهي من إعداد ديروغايتس وآخرين Derogatis, et al. (1994).

أظهرت نتائج الدراسة بروز أسلوب الحياة المذعن أولاً، ثم أسلوب الحياة المنتمي، وأخيراً أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان لدى عينة الأسوياء، في حين برز أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان أولاً، ثم أسلوب الحياة المذعن، وأخيراً أسلوب الحياة المنتمي لدى عينة المضطربين نفسياً. ولم تظهر نتائج الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمضطربين نفسياً في أساليب الحياة، باستثناء أسلوب الحياة الضحية، بمعنى أن المضطربين نفسياً أكثر اتصافاً بأسلوب الحياة الضحية من الأسوياء.

وأظهرت نتائج الدراسة ارتباطاً سلبياً بين أسلوب الحياة المنتمي وكل من الوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والبارانويا، والذهانية. وارتبط أسلوب الحياة

الضحية ارتباطاً إيجابياً مع الاكتئاب، البارانويا، والوسواس القهري. في حين ارتبط أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان ارتباطاً ايجابياً مع الذهانية، والبارانويا، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والعدائية. وارتبط أسلوب الحياة المتحكم إيجابياً مع المخاوف المرضية، والذهانية، والقلق، والاكتئاب. وارتبط أسلوب الحياة المنتقم ارتباطاً إيجابياً مع الوسواس القهري. وارتبط أسلوب الحياة المؤذي ارتباطاً ايجابياً مع القلق، والعدائية، والذهانية، والبارانويا، والمخاوف المرضية، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والاكتئاب، والحساسية التفاعلية.

وأظهرت نتائج الدراسة أن أسلوب الحياة المذعن، والباحث عن الاستحسان، والمنتمي، والمنتقم، والمؤذي، تفسر مجتمعة ما نسبته (٣٨%) من التباين في القلق، وما نسبته (٣٠,٩%) من التباين في الذهانية. وفسر أسلوب الحياة المذعن والباحث عن الاستحسان، والمنتمي ما نسبته (٢٣,٣%) من درجة التباين في الاكتئاب، وما نسبته (٢٤,٩%) من درجة التباين في الوسواس القهري، وما نسبته (٢٤%) من درجة التباين في الحساسية التفاعلية.

وفسر أسلوب الحياة المؤذي والمنتقم ما نسبته (١٥,٤%) من درجة التباين في النفسجسمية. وفسر أسلوب الحياة المذعن والباحث عن الاستحسان، والمنتقم والمؤذي ما نسبته (٢١,٢%) من درجة التباين في العدائية، وما نسبته (٢٢,٣%) من درجة التباين في البارانويا. وأخيراً، فإن أسلوب الحياة المذعن والباحث عن الاستحسان، والمنتقم والمؤذي، والمدلل والمتحكم، فسرت ما نسبته (٢٧,١%) من درجة التباين في المخاوف المرضية.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وإطارها النظري

المقدمة:

يعد علم النفس الفردي نظرية كلية في تفسير سلوك الإنسان؛ إذ يركز على الإنسان ككل، ولا يقوم بتقسيمه إلى أجزاء أو عناصر كالأنا، والأنا الأعلى، والهو، كما فعل فرويد (Belangee, 2006). وتعد النظرية الكلية مهمة جداً في علم النفس، لأنها تساعدنا على تحديد السمات التي تجعل الفرد أكثر عرضة للتأثر السلبي بالضغوط النفسية، وللإصابة بالاضطرابات النفسية ثم معرفتها وعزلها (Kern, et al., 1996).

وقد طور أدلر نظريته استناداً إلى فلسفة هانز فيهنجر (Hans Vaihinger, (1852-1933، التي تنص على أن فهم النظرية المعرفية الذاتية للفرد ومعرفتها، والتي يكونها كمفاهيم عقلية يؤدي دوراً كبيراً في فهم معاناة الفرد وتفسيرها. وقد طبق أدلر هذه النظرية أو الفكرة في تفسير تطور شخصية الفرد، وانتقاله من حالة الشعور بالنقص إلى حالة الشعور بالأمن والتكيف والفاعلية الذاتية (Stoltz and Kern, 2007).

ويرى أدلر أن الإنسان كائن متفرد، سواء من حيث نوع وطبيعة الأسرة التي عاش فيها، أو من حيث الطريقة التي رُبي بها. إذ أن مشاعر الفرد، واعتقاداته، واتجاهاته، وسلوكياته، وسماته الشخصية، تعبر عن فرديته؛ لذا أطلق على نظريته هذه اسم "علم النفس الفردي" (Individual Psychology) (Corey, 2009). ويعرفها في كتابه "فهم الحياة" (Understanding Life) " بأنها نظام (System)، وفلسفة خاصة في النظر للمستقبل، وطريقة مميزة تساعد في فهم كيف أصبح الناس على ما هم عليه الآن. وهي ذات قيمة كبيرة في مجالات الإرشاد، والعلاج النفسي، والتربية، والمساعدة الذاتية، وتنظيم الحياة " (Adler, 1927,p. 45).

وقد كان أدلر (1870-1937) - مؤسس علم النفس الفردي - عضواً في جماعة التحليل النفسي، ومحرراً لمجلته مدة تسع سنوات قبل أن ينفصل عن ذلك المنحى، ويؤسس علم النفس الفردي. ويعود انفصال أدلر عن فرويد إلى عام (١٩١١)؛ لاعتقاده أن فرويد كان ضيقاً عندما حصر المحددات لسلوك الإنسان بالعوامل الغريزية والبيولوجية، فركز بدلاً من ذلك على إدراك الفرد وتفسيره لماضيه، وعلى كيفية استمرار هذا التفسير في التأثير في حياته. فسلوك الإنسان، من وجهة نظر أدلر، مدفوع أساساً بالعوامل الاجتماعية، وليس بالغرائز أو العوامل البيولوجية فقط، وهو سلوك ذو هدف وغاية، وهو شعوري أكثر من أنه لا شعوري (Corey, 2009)، ففي

مرحلة الرضاعة تنشأ لدى الطفل مشاعر النقص نتيجة ضعفه الجسدي، ونتيجة مقارنة قوته وبنيته الجسدية بقوة الوالدين وسلطتهما، أو بقوة وسلطة الأشخاص المحيطين به. وتتولد مشاعر النقص هذه لدى كل فرد في مرحلة الطفولة، ولا يمكن تجنبها، وهي ضرورية ومفيدة؛ إذ توفر الدافع الرئيس لكفاحه، وتقدمه، ونجاحه، ونموه في الحياة، إذ أن سائر إنجازات الفرد وسلوكياته تنتج عن محاولته تعويض مشاعر النقص. ولكن هذه المشاعر تزداد وتؤدي إلى نشوء عقدة النقص لديه عندما لا يستطيع التعويض أو التغلب عليها؛ وهذا يؤدي، وفقا لأدلر، إلى عدم قدرة الفرد على حل مشكلات الحياة، والوقوع ضحية الاضطرابات النفسية. وثمة ثلاثة عوامل أساسية تقوم بدور رئيس في نشوء عقدة النقص، وهي: النقص أو العيب الجسدي، نبذ الطفل وعدم الاهتمام به، والتدليل الزائد من قبل الأهل له (شلتز، ١٩٨٣).

ويمكن لمشاعر النقص أن تعيق نمو الفرد وتطوره، مثلما يمكن أن تكون مصدراً ضرورياً لتطور الفرد، ولتحقيق أهدافه الأساسية في الحياة. ويكون كل فرد نمطاً فريداً من السلوكيات والصفات والعادات يستخدمها في تحقيق تلك الأهداف، أي أن كل فرد يكون أسلوب الحياة الخاص به لتحقيق أهدافه في الحياة (Slavik and Carlson, 2006).

يعد أسلوب الحياة من المفاهيم الرئيسة في علم النفس الفردي، سواء في فهم شخصية الفرد أو في العلاج النفسي الفردي. إذ إن تحديد المرشد لأسلوب حياة المسترشد ومعرفته به؛ يساعده في التغلب على مقاومة المسترشد للعلاج النفسي، وكشف أهدافه في الحياة، ويساعده أيضا على التنبؤ بالمشكلات النفسية التي قد يصاب بها؛ إذ يمكن فهم تفكير الفرد، ومشاعره، وعواطفه، بمجملها من أسلوب حياته (Marine, 2000). ويشير أدلر (Adler, (1927,p.46 في هذا الصدد "بأنه لا يكفي فهمنا لغرائز الفرد وحاجاته والمثيرات التي تعرض لها... لنتمكن من التنبؤ بسلوكه في المستقبل، إذ لا بد من أن نفهم أسلوب حياته لنقوم بذلك، حيث يمكننا ذلك من التنبؤ بما سوف يحدث للأطفال المنعزلين، أو الأطفال الباحثين عن دعم الآخرين، أو الأطفال المترددين في اقتحام المواقف الجديدة، ويبين لنا نوع الاضطرابات النفسية التي قد يصابوا بها أو قيامهم بالانتحار في المستقبل".

كما يمكن لأساليب الحياة أن تشكل سلوك الفرد، ودوافعه، ومشاعره، وعملياته المعرفية، كما ويمكنها أن تمنع أو تزيد من مساهمته في بناء المجتمع، وتؤثر أيضا في نمط استجابته للضغوط النفسية (Gilbert and Morawski, 2005).

ويشير كورليت وآخرون Curlette, et al. (1996) إلى أن معرفة المرشد لأسلوب حياة المسترشد تساعده في زيادة فهم ذلك المسترشد – أي فهم كيفية تأثير خبرات الطفولة في قدراته الحالية على القيام بوظائفه الحياتية – وتساعده في وضع خطة إرشادية بناءً على ذلك من منظور علم النفس الفردي، وتساعده، أيضا، في تسهيل سير الجلسات الإرشادية، وبناء العلاقة مع المسترشد، وإجراء البحوث التطبيقية. ويشير شولمان وموزاك Shulman and Mosak, (1995) في هذا الصدد إلى أن معرفة المرشد لأسلوب حياة المسترشد تمكنه من التنبؤ بسلوكه في المواقف العلاجية والحياتية المختلفة؛ مما يساعد المرشد في التخطيط لاستخدام الاستراتيجيات العلاجية المناسبة لمشكلة المسترشد، وتساعد، أيضا، في التنبؤ باحتمال حضور المسترشد للمعالجة، وفي الحفاظ على القضايا المهمة، والوثيقة الصلة بمشكلة المسترشد في عقل المرشد لدى مقابلة المسترشد. كما أن ذلك الأسلوب أداة يمكن استخدامها أيضا لمعرفة التحسن في حالة المسترشد نتيجة المعالجة. فجميع انفعالات الفرد وسلوكياته تكون متسقة مع أسلوب حياته، مما يوجب أخذ أسلوب الحياة بالاعتبار عند النظر لأي مشكلة نفسية عند المسترشد.

ووفقاً لعلماء النفس الفرديين يعد أسلوب الحياة من أكثر المفاهيم أهمية لمساعدة المرشد على فهم مشكلة المسترشد والقضايا المتعلقة بها (Ansbacher and Ansbacher, 1964). كذلك تساعد معرفة المرشد وتحديده لأسلوب حياة المسترشد على التخلص من مقاومة المسترشد للعلاج النفسي، ويساعده في معرفة أهداف المسترشد الخاطئة في الحياة، ويمكنه، أيضا، من التنبؤ بالاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها، ويساعد في فهم تعقد الاضطرابات النفسية، وتفسير الهدف من السلوك المرضي، والأعراض المرضية لدى المسترشد، واكتشاف الأهداف الخاطئة التي وضعها المسترشد لنفسه. وبالتالي، فإن هذا يساعد المرشد على مساعدة المسترشد في وضع أهداف جديدة لنفسه، مما يؤدي به إلى النجاح في حياته (Curlette, et al., 1996).

ويرى أدلر Adler, (1927) أن المسترشدين ليسوا واعين دائماً بمنطقهم الخاص أو بديناميات أسلوب حياتهم التي تتداخل مع عملية التغير أو العلاج، لذلك على المرشد أن يوضح للمسترشد هذه الديناميات كما يوضح له أهداف العلاج. فالطبيعة اللاواعية لأسلوب الحياة قد تكون القوة التي تكبح التقدم في مراحل العلاج، أو قد تكون العامل المسؤول عن الانتكاس خلال مراحل العلاج. ومن الضروري عدم استخدام أساليب الحياة لتصنيف الأفراد أو وضعهم في فئات، بل استخدامها لمساعدة المسترشد في فهم أهدافه قصيرة وطويلة الأمد.

ويشير دريكرز Dreikurs, (1997) إلى وجوب أخذ أسلوب الحياة بالاعتبار عند النظر في أي مشكلة نفسية لدى الفرد.

ويعتقد المعالجون الفرديون أن العنصر الأساسي في العملية العلاجية هو التعاون مع المسترشد لمساعدته في التبصر بأسلوب حياته (Roberts, et al., 2003)، إذ إن أسلوب الحياة يزودنا بمعلومات كثيرة عن شخصية الفرد بأبعادها المختلفة مثل نظرة الفرد لذاته، ونظرته للعالم من حوله، ودوافعه الأساسية، وطرقه الاعتيادية في السلوك. إضافة إلى أن كثيراً من الأحداث الماضية في حياة الفرد، ومشكلاته الحالية يمكن فهمها عن طريق معرفة المرشد لأسلوب حياة المسترشد. ويمكن استخدام أسلوب حياة الفرد في التنبؤ بسلوكه المستقبلي، فالشخص الذي لديه أسلوب حياة الطفل الضعيف (Weak Baby) مثلاً يتصرف ويسلك بناءً على ذلك حتى في علاقته مع الآخرين، وفي علاقته بالمرشد أيضا (Shulman and Mosak, 1995).

ووفقاً لعلم النفس الفردي فأنه يمكن القول إن أساليب الحياة تعد بمثابة عدسات نرى من خلالها أنفسنا، والعالم من حولنا، والمهمات الحياتية المفروضة علينا (Mosak, 2005). فعندما يفهم المرشد أسلوب حياة المسترشد يكون ذلك بمثابة خارطة تساعده على فهم طريقة سير المسترشد في الحياة، وكيفية تفاعله مع بيئته، وتساعده، أيضا، في فهم الدافعية والمحرك الأساسين لسلوكه.

وخلاصة ذلك كله أن فهم المرشد النفسي لأسلوب حياة المسترشد يعتبر عنصراً مهماً؛ سواء في تشخيص مشكلة المسترشد أو في علاجه أو في فهم شخصيته؛ لذلك لابد للمرشد النفسي من أن يسعى إلى معرفة أسلوب حياة المسترشد؛ لأن ذلك يزوده بمعلومات كثيرة، تزيد من قدرته على تشخيص المشكلة وعلاجها بفاعلية أكبر.

ويصف أدلر (as cited in Ansbacher and ansbacher, 1964) آلية تكوين العصاب بما يلي:

١- نتيجة لتعرض الفرد لظروف معينة يطور اعتقاداً خاطئاً عن ذاته، وعن العالم من حوله؛ الأمر الذي يسبب في وضع أهداف خاطئة لنفسه، وتبنيه أسلوب حياة خاطئ؛ لتحقيق هذه الأهداف.

٢- يلجأ الفرد إلى استخدام أشكال مختلفة من السلوكيات الشاذة؛ بهدف حماية ذاته، أو حماية رأيه عن نفسه.

٣- تظهر هذه الحماية عندما يواجه الفرد مواقف، يشعر أنه لن ينجح في التعامل معها.

٤- يتكون الخطأ من تمركز الفرد حول ذاته بدلاً من أخذ الآخرين بعين الاعتبار.

٥- ولا يكون الفرد واعياً شعورياً بهذه العملية.

بكلمات أخرى، فأن التعارض بين أسلوب حياة الفرد الخاطئ والواقع هو الذي يؤدي إلى ظهور السلوك الشاذ كما في العصاب والذهان (شلتز، ١٩٨٣).

ويلخص فاديمان وفراجر (Fadiman and Frager, 1994) أفكار أدلر فيما يتعلق بأسباب الإصابة بالاضطرابات النفسية على النحو الآتي:

١- يمكن فهم سائر الاضطرابات العصابية على أنها محاولة من الفرد للتغلب على مشاعر النقص وللإحساس بالكفاءة الذاتية.

٢- يعمل العصاب على عزل الفرد عن الآخرين؛ إذ يعيقه أو يمنعه من القيام بواجباته الاجتماعية، ومن حل مشكلاته الحياتية.

٣- تحدد علاقته الاجتماعية بالآخرين بشكل كبير؛ بسبب حساسيته العالية، وعدم احتماله للآخرين.

٤- يميل الفرد إلى عيش حياة خيالية غير واقعية، وتجنب القيام بمسؤولياته، أو خدمة المجتمع؛ نتيجة الأعراض العصابية هذه.

٥- يصبح المرض والمعاناة هدفاً بديلاً للفرد عن هدفه الأصلي في الحياة، وهو التفوق أو الكمال.

٦- يمثل العصاب محاولة من الفرد للتحرر من قيود المجتمع، وهذا الأمر قد يأخذ شكل نوبات قلق، أو اضطرابات في النوم، أو القيام بأفعال قهرية، أو ظهور هلوسات، أو توهم المرض... الخ.

٧- ينبع المنطق، والحب، والشفقة، من الحياة الاجتماعية للفرد، حتى لو أصبح التفكير المنطقي هو السائد لدى الفرد العصابي، وبالتالي فإن عزلته الاجتماعية ومجاهدته من أجل القوة تتحركان عكس ما سبق.

٨- يبحث الشخص العصابي دائماً عن قوته الذاتية، ومكانته الاجتماعية، وأعذاره من قبل الآخرين؛ لتركه المشكلات الحياتية اليومية دون حل، وبذلك لا يطور أبداً الشعور بالانتماء الاجتماعي.

٩- لمعالجة العصاب، يجب تغيير توجه الفرد بشكل كامل في الحياة، والذي هو بمثابة تربية جديدة له، وهذا يعني إرجاع الفرد للانخراط في المجتمع أو الانتماء إليه، أي تغيير أسلوب حياته.

ويرى أدلر "أن السلوك الشاذ يختلف عن السلوك السوي في الدرجة فقط؛ فالسلوك يكون طبيعياً، ثم ينحرف، ويصبح عصابياً، ثم يتطور إلى سلوك ذهاني، فالشخص العصابي لديه تاريخ من الكذب في حياته، ويسعى نحو تحقيق أهداف خيالية غير واقعية، ولكنه يستمر في مواجهة بعض التحديات في حياته، في حين يفشل الشخص الذهاني كلياً في العمل والحب والانتماء للمجتمع" (Adler, 1963, p.18).

إن كره الطفل وإهماله أو الإساءة إليه أمور تزيد من شعوره بالنقص، والذي يتطور بعد ذلك إلى كفاح لتحقيق القوة الشخصية (Personal Power)، الذي يؤدي بدوره غالباً إلى صعوبات في التكيف الاجتماعي، ونقصان في الانتماء الاجتماعي للفرد. ويؤدي نقصان الانتماء الاجتماعي إلى توجه الفرد نحو الجانب السلبي وغير المفيد في الحياة؛ إذ أن الأفراد الذين لديهم نقص حاد في الانتماء الاجتماعي قد يصبحون أفراداً جانحين، أو مجرمين، أو كحوليين، أو مضطربين نفسياً، ومهمة المرشد النفسي في هذه الحالة هي إيجاد معان (Means) للتأثير فيهم ليتبنوا أساليب حياة بناءة ومفيدة، ولجعلهم يهتمون بالآخرين، ولهذا السبب يدعى علم النفس الفردي، أحياناً بعلم النفس الاجتماعي (Slavik and Carlson, 2006) .

هذا ونجد أن الأفراد الذين تعرضوا للإهمال، أو الرفض، أو الدلال الزائد، في مرحلة طفولتهم تشيع لديهم أساليب الحياة غير السوية. وإذا لم يصححوا أساليب حياتهم غير السوية أو يعدلوها فأنهم يستمرون في البناء عليها؛ مما يؤدي إلى ظهور مشكلات لديهم سواء في الجانب الاجتماعي، أو المهني، أو النفسي، كما يكون احتمال تغلبهم على هذه المشكلات ضعيفاً بدون تدخل علاجي. إن الفرد الذي تعلم أن يتعامل بطرق مقبولة اجتماعياً، وبطرق مرنة مع مشكلات الحياة سوف يكافح من أجل تحقيق هدفه الشخصي المقبول اجتماعياً، أما الفرد الذي لم يستطع ذلك فمن المحتمل أن يبحث عن هدف بديل مبالغ فيه، أو يطور أسلوب حياة متطرف وغير سوي لتحقيق ذلك الهدف، الأمر الذي قد يؤدي إلى إصابته بالعصاب، أو الذهان، أو إساءة

استخدام العقاقير، أو الانحراف الجنسي، أو الانتحار، أو السلوك الإجرامي...الخ (Gilliland, et al., 1989).

ويرى أدلر أن الأفراد الذين يظهرون أسلوب الحياة الأخاذ، أو المتحكم، أو المتجنب، يكون احتمال قيامهم بالأفعال الإجرامية نحو المجتمع مرتفعاً، وتحدد قيامه بالأفعال الإجرامية نحو المجتمع أو امتناعه عنها، درجة ارتباطه بالآخرين، ويشير إلى هذا العامل باسم الانتماء الاجتماعي. ولا يرى أدلر أن الغضب والعدوان اللفظي والجسدي نحو الآخرين غريزة أو ميلاً داخلياً لدى الفرد، بل باعتباره جزء من كفاحه للتغلب على مشاعر النقص، وللحفاظ على مشاعر التفوق لديه. ويرى أدلر مثلاً أن الأفراد ذوي أسلوب الحياة الأخاذ (Getting Type) يعانون من ضعف في القدرة على حل المشكلات، فيفشلون غالباً في حل المشكلات التي قد تواجههم، ويقومون بالعدوان والاعتداء على الآخرين، مما يؤدي بهم إلى الجنوح أو الإجرام (Ansbacher and Ansbcher, 1964).

ويشير أدلر (Adler, 1927) إلى أن اضطرابات العصاب بشكل عام تنشأ عن نقص الانتماء الاجتماعي لدى الفرد. وقد لاحظ أليرس وجولسون (Allers and Golson (1994 أن أسلوب الحياة الشائع لدى المرضى المصابين باضطراب تفكك الهوية (Dissociative Identity Disorder) يشبه عادة أسلوب الضحية عند موزاك. ويشير موزاك (Mosak (2005 أن الأفراد الذين يطورون أسلوب الضحية كأسلوب حياة يواجهون درجة مرتفعة من المعاناة في مكان العمل وفي علاقاتهم مع الآخرين.

أما تأثير أساليب الحياة في الإصابة بالاكتئاب، فتشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين بعض أساليب الحياة، والإصابة بالاضطرابات النفسية. ففي دراسة أجراها جوهنستون (Johnston, (1988 وجد ارتباط ايجابي بين أسلوب الحياة غير الكفؤ والاكتئاب. ووجد ارتباط ايجابي بين أسلوب الحياة المؤذي والانحراف السيكوباثي. وفي دراسة أخرى أجراها هايلاندر (Highlander, (1984 وجد علاقةً ارتباطية إيجابية بين أسلوب الحياة الحذر والاكتئاب، وأخرى سلبية بين أسلوب الحياة المنتمي والاكتئاب. ووجد، أيضا، مورتون بيج وويبلير Marton-Page and Wheeler, (1997) ارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة المستغل والاكتئاب، وارتباطاً سلبياً بين أسلوب الحياة المنتمي والاكتئاب. كذلك يرى أدلر (Adler, (1927 أن الأفراد الذين يطورون أسلوب حياة الضحية في طفولتهم غالباً ما يصابون بالاكتئاب فيما بعد.

وهذا يتفق مع دراسة كيسر (1978) Kyser إذ وجد أن الأفراد الذين لديهم أساليب الحياة المتجنب، أو الضحية، أو غير الكفؤ يظهرون درجة مرتفعة من الاضطراب النفسي، في حين يظهر الأفراد الذين لديهم أسلوب الحياة المنتمي درجةً مرتفعةً من التكيف النفسي. وأظهرت النتائج، أيضا، ارتباطاً بين انخفاض الانتماء الاجتماعي، وزيادة شدة الاضطراب النفسي. كذلك أشارت نتائج الدراسة التي قام بها كل من كراندال وريمانز (1976) ,Crandall and Reimanis إلى وجود ارتباط سلبي بين أسلوب الحياة المنتمي وكل من الاكتئاب، والعصابية، والضغوط الجسمية (Physical Stress)، والسلوك الإجرامي.

وفي دراسة أخرى قامت بأجرائها دينتر (2000) Dinter وجدت ارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة الباحث عن الكمال، والشعور بالفاعلية الذاتية، وارتباطاً سلبياً بن أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، والشعور بالفاعلية الذاتية.

أما ويلر وآخرون (1993) .Weeler, et al فقد وجدوا ارتباطاً سلبياً بين أسلوب الحياة المذعن وإساءة استخدام العقاقير.

ويرى أدلر أن الأفراد الذين يظهرون أسلوب الحياة الأخاذ، أو المتجنب، أو المتحكم، يزداد لديهم احتمال القيام بالسلوكيات الإجرامية نحو المجتمع (Slaton, et al., 2000).

ووجد سانتاماريا (2000) ,Santamaria، أيضا، ارتباطاً سلبياً بين أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة المنتمي من جهة، ودرجة الضغط النفسي من جهة أخرى. كما وجد ارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة الحذر من جهة، ودرجة الضغط النفسي من جهة أخرى.

ويشير مايز (1996) Mays أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسجسمية، غالباً، ما يكون لديهم أسلوب حياة الطفل المدلل. وأظهرت دراسة فول (Fall, 2005) شيوع أسلوب الحياة غير الكفؤ وأسلوب الحياة المذعن لدى مريض مصاب بأعراض نفسجسمية.

نلحظ مما سبق وجود بعض الغموض وعدم أتفاق بين الباحثين فيما يتعلق بالاتفاق على تحديد أساليب الحياة، وتحديد الاضطرابات النفسية التي ترتبط بها، فمثلاً تشير بعض الدراسات الى وجود ارتباط ايجابي بين اسلوب الحياة المتحكم والقلق في حين ينفي بعضه الاخر، كما أن هناك إهمال أو عدم تناول لبعض أساليب الحياة والتي أشارت تصنيفات أساليب الحياة إلى وجودها.

ومن هنا، جاءت فكرة هذه الدراسة، التي تهدف إلى دراسة العلاقة بين أساليب الحياة والإصابة باضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والاضطرابات النفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. كما تهدف إلى معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في الاضطرابات النفسية سابقة الذكر. وذلك على عينة من المضطربين نفسياً المراجعين والمقيمين في المركز الوطني للصحة النفسية، والعيادة الاستشارية (عيادة شيحان) التابعة للمركز الوطني للصحة النفسية، وقسم الأمراض النفسية في مستشفى الجامعة الأردنية، ومركز الأمل لعلوم الطب النفسي، إضافة إلى عينة مماثلة من الأسوياء ممن لم يراجعوا أي أخصائي نفسي، وممن لم يصابوا بأية اضطرابات نفسية، ومن الزائرين أو المرافقين لأحد أقاربهم أو أفراد أسرتهم المراجعين للأقسام النفسية في الأقسام والمراكز المذكورة؛ لمعرفة الفروق التي تميزهم عن المضطربين نفسياً في أساليب الحياة.

الإطار النظري:

أولاً: أسلوب الحياة:

يختلف مفهوم أسلوب الحياة في علم النفس الفردي عن مفهوم السمات، أو مفهوم العزو الموجود في النظريات النفسية الأخرى. فهو مفهوم أو بنية غائية موجه مباشرة نحو الهدف (Goal Directed Construct)، فالناس في بحث وسعي مستمرين نحو تحقيق أهدافهم الحياتية، التي لا تتحدد (أو لا تعتمد) على العمليات البيولوجية (الحيوية) فقط، ولكنها تتطور كأبنية معرفية موجهة نحو الهدف عند استجابة الفرد لبيئته كما يدركها (Stoltz and Kern, 2007). وهناك الكثير من الباحثين والمنظرين الذين تصدوا لتعريف مفهوم أسلوب الحياة ولتوضيحه، ويمكن تقسيم تعريفات أسلوب الحياة إلى قسمين:

١- الأول يرى أن أسلوب الحياة هو الموجه أو المحرك الأساسي لسلوك الإنسان. ومن التعريفات التي تندرج تحت هذا القسم تعريف أدلر (Adler, (1927,p.46 إذ يعرفه بأنه "نمط الفرد أو أسلوبه الشخصي والفريد في التفكير والانفعال والسلوك، والذي يتمحور حول هدف الفرد في الحياة". ويعرفه في مكان آخر بأنه "استجابة الفرد المبدعة والمميزة للتجارب والخبرات الحياتية التي مر بها، والتي ستؤثر لاحقاً في إدراكه لذاته ولعالمه المحيط، مما يؤثر في انفعالاته، ودوافعه، وسلوكه" (Adler, 1929). وتعريف انسباكر وانسباكر Ansbacher and Ansbacher, (1964,p.48) بأنه "طريقة الفرد المميزة في الحياة، وفي التعامل مع الآخرين، وفي التأثير في بيئته المحيطة لتحقيق أهدافه". ويطابق هذا التعريف تعريف كيفر Kefir, (1981, p.402) بأنه "الطريقة التي يرى الفرد نفسه، وعالمه الخارجي من خلالها، والطريقة التي يتصرف بها لتحقيق التفوق المثالي في الحياة"، وتعريف رول Rule, (1985,p.18) بأنه "النمط العام للفرد والذي يؤثر في شعوره وتفكيره وسلوكه". وتعريف موزاك Mosak, (2000, p.55) بأنه "القناعات التي يطورها الفرد في وقت مبكر من حياته؛ لمساعدته في تنظيم الخبرة وفهمها والتنبؤ والتحكم بها".

يلاحظ بأن هذا القسم من التعريفات يركز بشكل كبير على أهمية أسلوب الحياة. كما لا يرى هذا القسم أي فرق بين أسلوب الحياة ونمط شخصية الفرد.

٢- والثاني يرى أن أسلوب الحياة هو الطريقة أو الإستراتيجية التي يتبعها الفرد لتحقيق أهدافه الحياتية، وهو تعريف أكثر تحديدا، وانسجاماً مع نتائج الدراسات الحديثة حول أسلوب الحياة.

وبعكس التعريفات في القسم الأول، يرى هذا القسم أن ثمة فروق واضحة بين أسلوب

الحياة ونمط الشخصية. ومن التعريفات التي تندرج تحت هذا القسم تعريف موزاك Mosak, (1973,p.18) بأنه "الإطار المعرفي للفرد، والذي يختار منه الاستراتيجيات والطرق الملائمة للتعامل مع مهمات الحياة وواجباتها (Life Tasks)، وذلك للتفسير والتنبؤ والتحكم بالتجارب التي يمر بها". وهذا يطابق تعريف فرجسون أيضا (Ferguson, (1984,p.14 بأنه "نموذج ارتباط الفرد بالعالم، ويشمل مفهوم الفرد لذاته، وهدفه في الحياة ورؤيته لها، وطريقته الرئيسة في التعامل مع المواقف الحياتية المختلفة، وهو يبقى ثابتاً نسبياً خلال فترة الحياة". وتعريف كيوتشنز وآخرون (Kutchins, et al., (1997 بأنه "المعنى الذي يعطيه الفرد للحياة، أي الطريقة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المهمات (Tasks) التي يواجهها في الحياة". وفي تعريف آخر أكثر حداثة لموزاك (Mosak, (2005,p. 46 يعرفه بأنه "توجه الفرد نحو الحياة، أي طريقة الفرد المتميزة في تحقيق أهدافه، والشعور بذاته وبالآخرين". وهو التعريف الذي نعتمده في هذه الدراسة.

نشأة أسلوب الحياة وتطوره:

يتطور أسلوب الحياة في وقت مبكر من حياة الإنسان، مما يشير إلى أهمية التجارب والأحداث المبكرة التي يمر بها الفرد في التأثير في تشكيل أسلوب حياته، إذ يشير أدلر Adler, (1929,p.52) إلى أن أسلوب حياة الفرد يتطور أو يتشكل تقريباً بين الرابعة والخامسة من العمر. فالأفراد يطورون سلوكيات وطرقاً معينة للتغلب على مشاعر النقص التي تتطور لديهم في مرحلة الطفولة أو لتعويضها (وهي المرحلة التي يشعر بها الفرد بالضعف، وسهولة العطب، وحاجته للآخرين)، فقد يكافح الطفل المريض أو ضعيف البنية الجسدية مثلاً لزيادة قوته الجسدية، فيصبح هذا النمط أو السلوك هو أسلوب حياته. ويرى أدلر أن الشعور بالنقص ليس هو المشكلة أو السلوك الشاذ، ولكن شدة هذا الشعور، وطريقة الفرد في التعبير عنه (أسلوب الحياة) هي المشكلة. فمنذ عمر مبكر، يقيم الأطفال الظروف الحياتية المحيطة بهم، ويضعون بناءً على هذا التقييم تصوراً أو خطة مبدئية للسلوك في هذه البيئة ضمن اللاوعي، تتألف من الهدف والإستراتيجية اللازمة لإنجازه. ويطلق أدلر على هذا التصور اسم "أسلوب الحياة" (Corey, 2009).

يتخذ الطفل في هذا العمر، أي بين (٤–٥) سنوات، قرارات مهمة حول وضعه في هذا العالم، وحول كيفية السلوك والتصرف، وحول الاستراتيجيات التي سوف يختارها، لينتمي إلى جماعة اجتماعية معينة، وكيف يساعده هذا الانتماء في إشباع حاجاته الجسدية والنفسية. وهنا، تؤدي أسرة الطفل – باعتبارها النموذج الأولي للجماعة الاجتماعية لديه – دوراً أساسياً في

تطور منطقه الخاص (طريقة تفكيره وسلوكه)، وفي النهاية أسلوب حياته، والذي يصبح أشبه بقاعدة تحدد استجابة الفرد لظروفه الحياتية، ورباط عام يربط أفكار الفرد بمشاعره وسلوكه؛ ليشكل نمطاً متماسكاً. وبالرغم من أن تطور المنطق الخاص بالفرد، وأسلوب حياته يعتمدان على إدراكات الطفل الذاتية التي تكون غير دقيقة أحياناً، إلا أن أسلوب الحياة يبقى ثابتاً نسبياً في مرحلة الرشد (Kern and Peluso, 1999). ولكن وعندما يكتسب الفرد خبرة أو تجربة في التعامل مع المشكلات وحلها، أو تجربة في التفاعل مع الأفراد الآخرين، يظهر بعض الاختلاف أو التغير في السلوك الذي يعكس أسلوب حياة الفرد، في حين أن البنية الأساسية والمسؤولة عن أسلوب حياة الفرد تبقى ثابتة (Dinkmeyer and Dreikurs, 1963).

إضافة إلى ذلك يقوم المحيط الأسري بشكل خاص بدور كبير في تشكيل أسلوب حياة الفرد وتطوره، إذ يركز أدلر على إدراك الطفل لأسرته، وعلى كفاحه لنيل مكانة خاصة فيها، وعلى المكانة التي يحتلها، أو يحصل عليها في أسرته، كعوامل مهمة جداً في تطور أسلوب حياته (Mosak, 2005). فالفتاة المهملة أو التي تشعر بالإهمال من والديها مثلاً، تشعر بالنقص في أثناء تكيفها مع متطلبات الحياة؛ مما يدفعها إلى تبني أو تطوير أسلوب حياة يتصف بالبحث عن الانتقام، أو الشعور بالامتعاض لنجاح الآخرين، أو تقوم بالسعي المرضي للحصول على أي شيء تشعر بأنه من حقها (شلتز، ١٩٨٣). ويشير أدلر (Adler, (1927, p.49 إلى أن "الأطفال الذكور غالباً ما يقدرون بشكل زائد، أما الإناث فيعاملن على أنهن غير قادرات على إنجاز أي شيء، فالإناث اللواتي يعاملن بهذه الطريقة سوف يشعرن بالتردد والشك في أنفسهن عندما يكبرن، ويتطور لديهن، أيضا، انطباع بأن الرجال وحدهم هم الأقدر والأكفأ على إنجاز أي شيء ذي قيمة". وهذا يبين مدى أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة في تطور أسلوب حياة الفرد.

كذلك يؤدي التسلسل الولادي أو ترتيب الطفل في الأسرة أيضا دوراً كبيراً في تطور أسلوب الحياة وتشكله. إذ وجد أن الأطفال الأكبر في أسرهم هم في الغالب أفراد متجهون أو متمركزون نحو الماضي، ومتشائمون من المستقبل، ومتشبثون بالسلطة وخاضعون لها، في حين يكون الطفل الثاني في التسلسل الولادي أكثر تفاؤلاً بالمستقبل، وأكثر طموحاً وتنافساً، وأسرع نمواً لغوياً وحركياً من الطفل ذي الترتيب الأول في التسلسل الولادي، كما أن الطفل الأخير في التسلسل الولادي في أسرته يكون متمرداً، ولا يحترم قوة السلطة أو يقدرها (Slavik and Carlson, 2006).

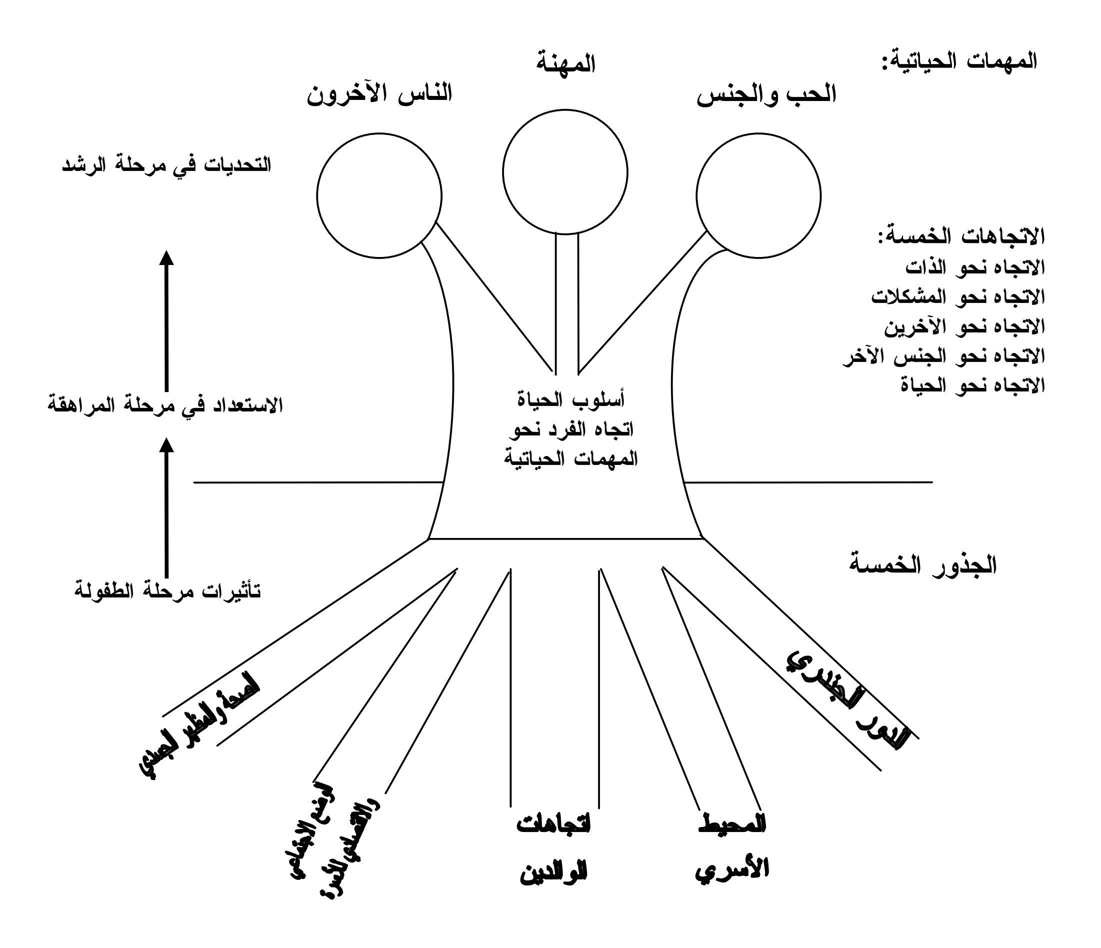
ويشير موزاك (Mosak, 2005) في هذا الصدد إلى أن كل فرد في النهاية يجد طريقته الخاصة أو أسلوب حياته الخاص للتغلب على مشاعر النقص التي يشعر بها داخل أسرته، وللتعامل مع المشكلات والصعوبات البينشخصية التي قد يتعرض لها.

هذا ويؤثر أفراد أسرة الطفل، وبخاصة الوالدان وعلاقتهما بطفلهما، تأثيراً كبيراً في تشكيل أسلوب الحياة، فهما إما أن يوجها طفلهما إلى الجانب المفيد اجتماعياً في الحياة، أو نحو الجانب غير المفيد (Kern and Peluso, 1999). ويشير أدلر (Alder, (1927 في هذا الصدد إلى أن أسلوب الحياة غير السوي (المرضي) يرجع إلى التجارب السيئة التي تعرض لها الطفل في أسرته؛ فبعض الأفراد يمرون بتجربة عدم قيام أسرهم بوظائفها نحوهم، أو نقصان الدعم الأسري والاجتماعي المقدم لهم، أو حدوث مشكلات في العلاقات البينشخصية، التي تترك شعوراً بالقهر أو تؤكد مشاعر النقص لديهم (Stewart and Stewart, 2006). ومن الدراسات التي بحثت في ذلك دراسة سلافيك وآخرين (Slavik, et al. (1995 حيث أكدت أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة يطورون أساليب حياتية متطرفة تتصف بالانحراف، والرغبة في الانتقام، وعدم التعاون مع الآخرين.

ووفقاً لأدلر، لا تعد الخبرات التي يتعرض لها الفرد في حياته مهمة بحد ذاتها في تطوير أسلوب الحياة، ولكن تفسير الفرد لهذه الخبرات هو المهم، وإن أفضل طريقة لمعرفة أسلوب حياة الفرد وفهمه، هو دراسة ذكرياته عن مرحلة الطفولة (Stewart and Stewart, 2006).

وتؤثر التجارب التي يمر بها الفرد خارج أسرته (أي ضمن المحيط الاجتماعي الذي يعيش به) في تطور أسلوب حياته أيضا، فعندما يقوم الأطفال بتوسيع دائرة علاقاتهم الاجتماعية إلى خارج الأسرة، يواجهون مشكلات أولية في علاقاتهم مع الآخرين، وقد يستخدمون التردد والنكوص والتجنب لإبعاد أنفسهم عن هذه المشكلات، وعلى أثر ذلك تزداد حدة مشاعر النقص لديهم والتي تؤدي بدورها إلى تطور أسلوب حياة غير سوي (Gilliland, et al., 1989). ينبع أسلوب حياة الفرد من كفاحه لتحقيق أهدافه في الحياة. هذا ويميل الأفراد المتشابهون في أسلوب حياتهم إلى التشابه من حيث خصائص مرحلة الطفولة أيضا إلى حد كبير (Mosak, 2005).

ويلخص الشكل رقم (١) نموذج أدلر في تطور الشخصية وتشكل أسلوب الحياة (Stein, 1997)، إذ يحتوي على ثلاثة أجزاء رئيسة هي:



الشكل رقم (١)
نموذج تطور الشخصية وتشكل أسلوب الحياة

أ- **الجذور الخمسة**، وتمثل تأثيرات مرحلة الطفولة المبكرة في تطوير الفرد لأسلوب حياته. إذ قد يتعرض الفرد في هذه المرحلة إلى بعض التأثيرات السلبية، التي تشكل عاملاً مثبطاً أو معيقاً في اختيار الفرد لأسلوب الحياة، ولكن لا يمكنها التسبب في اختيار أسلوب حياة غير سوي (غير حتمية)، فالفرد يستخدم، وبحرية، قوته الإبداعية، ويكيف الظروف والتأثيرات وفقاً لفكرته حول أفضل طريقة للعيش في الحياة. وفيما يلي وصف لهذه الجذور الخمسة:

١- الصحة والمظهر الجسدي (Appearance and Health):

وتشمل تأثير النقص أو العيب العضوي، أو المرض، أو التشوه الخلقي، أو تأثير الجمال الفائق أو الوسامة غير الاعتيادية، فكل عامل من هذه العوامل إما أن يكون حافزاً للتعويض الفاعل والمثمر، أو كعبء يقود إلى عرقلة الفرد أو تثبيطه سلبياً في الحياة.

٢- الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (Social and Economic position of the family)

ويشمل تأثير الفقر، والغنى، والعوامل الثقافية والبيئية الأخرى، التي إما أن تزيد من مشاعر النقص، أو تزيد من مشاعر التفوق لدى الفرد.

٣- الاتجاهات الوالدية (Parent attitudes):

وتشمل تأثير نوعية العلاقة بين الوالدين وطفلهما، وأساليب التنشئة في تربية الطفل: (كالأسلوب الديموقراطي، أوأسلوب السيطرة، أو أسلوب الخضوع، أو أسلوب التدليل، أو الحماية الزائدة، أو الكمال الزائد، أو الإهمال، أو الرفض، أو المكافأة، أو العقاب).

٤- البنية الأسرية أو التركيب الأسري (Family Constellation):

تشمل تأثير الترتيب الولادي للفرد في الأسرة: كالطفل الوحيد، والطفل الأكبر، والطفل الثاني، والطفل الأوسط، والطفل الأصغر، والطفل الوحيد بين الفتيات، أو الفتاة الوحيدة بين الإخوة الذكور، والطفل المتبنى، والطفل الذي توفى إخوته، وعدد السنوات الفاصلة في العمر بين الإخوة، فكل ترتيب ولادي له إيجابياته وسلبياته.

٥- الدور الجندري (النوع الاجتماعي) (Gender Role):

وقد يكون لنوع الجندر تأثير إيجابي أو تأثير سلبي، اعتماداً على القيمة التي تضعها الأسرة، والثقافة على هذا الجندر أو ذاك؛ فالشعور بالنقص، أو بالمساواة، أو بالتفوق، يمكن أن يكون ظاهراً في الدور الذي يقوم به النموذج الذي يتعرض له الطفل يومياً.

ب- أسلوب الحياة:

وهو الجوهر المتكرر لنمط الفرد في التفكير، والشعور، والسلوك، والذي يميز توجه الفرد الفريد نحو المهمات الحياتية. وحتى نصل إلى الفهم العملي لأي مسترشد، يمكن تحديد خمسة اتجاهات فرعية للأفراد هي:

١- الاتجاه نحو الذات:

وهو يتصف بتطوير الذات وإطلاق العنان لرغباتها وتدليلها self indulgence، أو بتحطيم الذات وتدميرها.

٢- الاتجاه نحو المشكلات:

ويتراوح بين تجنب مواجهة المشكلات غير السارة، وتفضيل مواجهة هذه المشكلات وحلها.

٣- الاتجاه نحو الآخرين:

ويتضمن التعاون مع الآخرين، أو رفضهم، أو استغلالهم، أو السيطرة عليهم، أو السعي لإيذاء الآخرين وتدميرهم.

٤- الاتجاه نحو الجنس الآخر:

ويتراوح بين التعبير عن الاحترام والتقبل والعاطفة، وبين الاحتقار والرفض أو الإساءة إلى أفراد الجنس الآخر.

٥- الاتجاه نحو الحياة:

ويتراوح بين التفاؤل والإسهام الكبير في الحياة، وبين التشاؤم وحماية الذات.

ج- المهمات الحياتية الثلاث:

وهي التحديات الاعتيادية التي يواجها الفرد داخل ثقافته. فوفقاً لأدلر، تعد طريقة استجابة الفرد لهذه التحديات مؤشراً مهماً لصحته النفسية. ويركز أدلر على ثلاث مهمات حياتية رئيسة، وهي:

١- الناس الآخرون:

يمكن أن ينظر إلى الناس الآخرين كأصدقاء محتملين للفرد فيكون هناك نوع من الدفء العاطفي والحماس الانفعالي في التعامل معهم، ويمكن أن ينظر إليهم على أنهم حمقى ومن السهل استغلالهم، أو على أنهم عدوانيين أو محايدين وبالتالي يتم تجنبهم قدر الإمكان.

٢- المهنة:

وقد تكون فرصة لإثراء حياة الآخرين، أو لإثراء الحياة الشخصية فقط، فالعمل يمكن أن يكون تجربة مبدعة لتحقيق الذات، أو بمثابة عبء يخشاه الفرد. كما يمكن أن يقوم الفرد بعمله ضمن منافسة قاسية، أو ضمن اعتبار حب الخير، ورفاهية العاملين والزبائن أيضا.

3- الحب والجنس:

ينظر إلى وجود الرفيق إما كفرصة لتعزيز العلاقة الحميمة المتبادلة معه، أو كفرصة للاستغلال الأناني البشع. ويمكن أن يكون الحب خالياً من أي التزام أو نضوج، ويمكن أن يكون حباً مسؤولاً.

يعارض أدلر وضع الناس في أنماط أو تصنيفات جامدة، ويقول إنه "لا يحبذ وضع الناس في أنماط؛ لأن كل فرد يختلف عن الآخرين، ولديه أسلوب حياة متفرد. وعندما نستخدم كلمة أنماط في علم النفس الفردي، نعني بها مجرد أداة أو مفهوم عقلي لمساعدتنا في تحديد عناصر التشابه بين الأفراد. كما أن المرشدين الذين يأخذون الأنماط بشكل جدي، ويضعون الناس في أصناف أو أنماط معينة جامدة سوف يفشلون فيما بعد في وضعهم في تصنيف آخر" (Adler, 1927, p.48).

ولكن وضع الناس أو تصنيفهم، أو تصنيف الأشياء بشكل عام أمر مفيد جداً في العلم؛ لأنه يلخص كثيراً من المفاهيم، ويساعد على فهم الظواهر والعوامل المختلفة وتنظيمها، ولكن يجب أن تكون هناك مرونة بالإضافة إلى عدم التشديد أو الجمود في النظر إلى هذه التصنيفات كما يؤكد أدلر.

ويشير كيفر وكورسيني (Kefir and Corsini, 1974) إلى وجوب توفر الشروط الآتية في التصنيف الجيد لأساليب الحياة:

١- أن يكون له تطبيقات كثيرة.

٢- أن يكون متغيراً، وغير ثابت.

٣- أن يكون له مدى، وليس مجرد صناديق مغلقة لوضع الناس بها.

٤- أن يكون مركباً، أي يأخذ بالاعتبار، وبشكل متزامن متغيرين أو أكثر في تصنيفه.

ويقسم أدلر (Adler, (1927 أساليب الحياة إلى أربعة أساليب هي:

١- المفيد (Useful Type)، وهو الشخص المتعاون مع الآخرين.

٢- المسيطر (Ruling Type)، وهو الشخص الذي يحاول أن يسيطر على الآخرين، ويقودهم.

٣- المتجنب (Avoiding Type)، وهو الشخص الذي يحاول أن يبقى بعيداً عن الآخرين.

٤- الأخاذ (Getting Type)، وهو الشخص الذي يتكل على الآخرين.

ويرى أدلر (Adler, (1927 أن الأساليب الثلاثة الأخيرة لها درجة منخفضة من الانتماء الاجتماعي، ومن الميل العقلي نحو حل المشكلات الحياتية، مقارنة بالأسلوب الأول. ويطور الأفراد الذين لديهم مثل هذه الأساليب مشاعر انهزامية ومحبطة نحو المشكلات الحياتية التي قد يواجهونها، لذا تكون مهمة المرشد النفسي تشجيع الانتماء الاجتماعي لدى الفرد نحو الحياة والمجتمع، الذي يعد مقياس الصحة النفسية للفرد.

أما موزاك (Mosak, (1979، فيصنفها إلى أربعة عشر أسلوب حياة هي:

١- الأخاذ (The Getter):

هو الشخص الذي يستغل الآخرين، ويوظفهم لتحقيق أهدافه الشخصية، عن طريق استخدامه الخجل، أو المفاتن، أو اللطف، أو التهديد، أو التخويف.

٢- القائد (The Driver):

هو شخص دائم الحركة، لديه وعي عال بذاته، ويكرس نفسه لتحقيق أهدافه، ويرغب في قيادة الآخرين، وتوجيه سلوكهم.

٣- المتحكم (The Controller):

هو الشخص الذي يرغب في التحكم بحياته، ولديه رغبة في التأكد من أن الحياة لا تتحكم به، وهو لا يحب المفاجآت، ويتحكم بعفويته، ويفضل استخدام التبرير، والاستقامة، والترتيب.

٤- الشخص الذي يحتاج لأن يكون على صواب (The Person Who Needs to Be Right):

هو الشخص الذي يضع نفسه فوق الآخرين، ويتجنب الوقوع في الأخطاء بشكل وسواسي، وعندما يقع في الأخطاء يبرر ذلك بأن الآخرين أكثر خطأ منه.

٥- الشخص الذي يحتاج إلى التفوق (The Person Who Needs to Be Superior):

هو الشخص الذي يرفض الاشتراك في أي نشاط قد لا يفوز به، ويسعى دائماً إلى التفوق على الآخرين في جميع الأنشطة والمنافسات التي قد يشترك بها.

٦- الشخص الذي يحتاج إلى أن يكون محبوباً (The Person Who Needs to Be Liked):

هو الشخص الذي يحاول إرضاء سائر الناس، وفي كل الأوقات، وهو حساس للانتقاد، ويتحطم عندما لا يحصل على الاستحسان العام والمستمر من الآخرين، ويرى أن تقييمات الآخرين مقياس لقيمته الشخصية.

٧- الشخص الذي يحتاج إلى أن يكون جيداً (The Person Who Needs to Be Good):

هو الشخص الذي يفضل العيش والالتزام بمعايير خلقية عالية جداً، وهو يعتقد أن الله سوف يسامحه عن الآثام التي يرتكبها، والتي لا يسامح الآخرين عليها عادة.

٨- الشخص المعارض (The Person Who Opposes Everything):

هو الشخص الذي يعارض كل شيء، وبخاصة متطلبات الحياة المفروضة عليه، ويقاوم بعناد من أجل تحقيق شيء ما مهم له في حياته.

٩- الضحية (The Victim):

هو الشخص الذي يتصف بالشعور بالنبل، والشفقة على الذات، ولديه علاقة سلبية بالوالدين، ويشعر بأنه تعرض للأذى من الآخرين، ويحتمل أن يكون قد تعرض للإساءة في مرحلة الطفولة.

١٠- الشهيد (The Martyr):

هو يشبه الضحية، باستثناء أنه يموت من أجل سبب ما، وهدفه الحصول على النبل، ومهمته جمع المظالم.

١١- الطفل (The Baby):

هو الذي يحصل على مكانة له في الحياة عن طريق استخدام الجمال، والجاذبية، واستغلال الآخرين، وهو يعتمد على الآخرين، ويتوقع أن يحصل على كل ما يريد في الحياة.

١٢- غير الكفؤ (غير الملائم) (The Inadequate):

هو الذي يتصرف وكأنه لا يفعل أي شيء صحيح، وبسبب إهماله يوظف الآخرين لخدمته، ويشعر بعدم القيمة، وبعدم المقدرة على النجاح، ومنافسة الآخرين.

١٣- الشخص الذي يتجنب المشاعر (The Person Who Avoids Feelings):

هو الشخص الذي يخاف من عفويته، لأنها قد توجهه نحو اتجاهات لم يخطط لها، ويتجنب مشاعره ويخفيها عن الآخرين.

١٤- الباحث عن الإثارة (The Excitement Seeker):

هو الشخص الذي يبحث عن تجارب جديدة، على الرغم من قيامه بالأنشطة الروتينية أو الاعتيادية، وهو يجد متعة كبيرة في حالات الهياج والفوضى.

وقد وجه كثير من النقد لهذا التصنيف؛ بسبب كثرة أساليب الحياة التي يذكرها، وبسبب وجود تداخل بين بعض أساليب الحياة، التي يمكن اختصارها إلى أقل من ذلك. كما أن معظمها (إذ لم يكن جميعها) أساليب حياة غير سوية.

أما كيفر (Kefir, 1981) فيصف أربعة أساليب للحياة، اعتماداً على تصنيف أدلر وهي: المتفوق أخلاقياً (Moral Superior)، والمتحكم (The Controller)، والمتجنب (The Avoider)، والمسر أو المرضي (Please). ويشتمل هذا التصنيف عدداً قليلاً من أساليب الحياة. كما أن هناك أساليب حياة أخرى، لم يذكرها تؤكد الدراسات وجودها مثل: المدلل والمنتقم.

ويصنف كرن ووايت (Kern and White, 1989) هذه الأساليب إلى خمسة أنواع كما يلي:

١- المتحكم (Control).

٢- الساعي وراء الكمال (Perfectionism).

٣- الشخص المحتاج إلى إرضاء الآخرين (Need to Please).

٤- الضحية (Victim).

٥- الشهيد (Martyr).

إلا أن هذا التصنيف يهمل أيضا بعض أساليب الحياة التي تؤكد الدراسات في علم النفس الفردي وجودها مثل: المؤذي، والمذعن، والمنتمي.

أما أكثر التصنيفات شمولاً وإيجازاً في آن واحد فقد أورده ويلر وآخرون (Wheeler, et al., 1986) وهو يقسمها إلى تسعة أساليب حياة، هي:

١- المنتمي (The Social Interest).

يعكس هذا الأسلوب درجة انتماء الفرد للمجتمع، وقدرته على مواجهة متطلبات الحياة بالتعاون مع الآخرين، وهو مقياس لصحة الفرد النفسية وفقاً لمفهوم أدلر للصحة النفسية. فالأفراد الذين يحصلون على درجة مرتفعة على هذا البعد يكونون اجتماعيين، وداعمين، ويحترمون الآخرين، وغالباً ما يكونون قد حصلوا على تنشئة أسرية نمت لديهم شعوراً بالانتماء نحو المجتمع.

٢- الضحية (The Exploiting Theme, Passive).

وهو الشخص الذي يشعر بتعرضه للأذى من الآخرين، ولديه علاقة سلبية بوالديه. ويرتبط هذا الأسلوب باحتمال تعرض الفرد للإساءة في مرحلة الطفولة، كما ويشعر بأنه نبيل، ويشفق على ذاته.

٣- الباحث عن الاستحسان (Conforming Theme, Active).

وهو الشخص الذي يسعى للحصول على الاستحسان من الآخرين؛ وذلك عن طريق الجهود التي يبذلها للنجاح. وتقيمه لذاته مشتق من المصادر الخارجية، ولديه خوف من ارتكاب الأخطاء، ومن الرفض من الآخرين. وهو يقابل الشخص الراغب في أن يكون محبوباً لدى موزاك، أي الشخص الذي يحاول إرضاء الجميع، وفي كل الأوقات، وهو حساس للانتقاد، ويشعر أنه محطم عندما لا يحصل على الاستحسان العام، والمستمر من الآخرين، ويرى أن تقيمات الآخرين مقياس لقيمته الشخصية.

٤- المتحكم أو المسيطر (The Controlling Theme, Active).

وهو الشخص الذي يرغب في التحكم بالآخرين، ولديه نزوع نحو السيطرة على أنشطة الجماعة، ويرغب كذلك في التحكم بحياته، والتأكد من أن الحياة لا تتحكم به. وهو لا يحب المفاجآت، ويتحكم بعفويته، وهو يفضل استخدام التبرير، والاستقامة، والترتيب.

٥- الشخص غير الكفؤ (The Displaying Inadequacy Theme).

وهو الشخص الذي يشعر بفقدان القيمة، وبعدم القدرة على النجاح في منافسة الآخرين، وهو الشخص الذي يتصرف وكأنه لا يفعل أي شيء صحيح. وبسبب إهماله هذا يقوم بتوظيف الآخرين لخدمته.

٦- المدلل (The Controlling Theme, Passive).

وهو الشخص المعتمد على الآخرين، ويستخدم الأشكال السلبية من السلوك في التعامل معهم، وهو الشخص المدلل الذي يتوقع أن يحصل على كل ما يريد في الحياة.

٧- المنتقم (The Exploiting Theme, Active- Getting Even).

وهو الشخص الذي يشعر بالأذى، والرغبة في الانتقام من الآخرين، ويقوم بعدة سلوكيات لإيذائهم، أو الانتقام منهم، ويعتبر العقاب الذي قد يحصل عليه من الآخرين بسبب سلوكه المؤذي دليلاً على أنهم لا يحبونه، وهذا يعطيه المبرر لكي يثأر من الآخرين. ويتصف هذا النوع من الأشخاص، أيضاً، بأنه متمرد، وغير مطيع.

٨- المؤذي (The Exploiting Theme, Active-Hurting Others).

ويمثل الشخص الذي يوصف بالإضافة إلى قيامه باستغلال الآخرين، قيامه بسلوكيات مخربة تشبه السلوكيات التي يقوم بها المنتقم، ولكنه يختلف عن المنتقم بأنه لا يوجد أية دلالة على أنه يعطي سبباً أو مبرراً لسلوكه هذا مثل الانتقام، فالهدف من سلوكه هذا إيذاء الآخرين فقط.

٩- المذعن (Conforming Theme, Passive).

وهو الشخص المذعن والخاضع للآخرين، والمطيع لهم بشكل سلبي. وهو يشبه الشخص الذي يحتاج لأن يكون جيدا لدى موزاك، أي الشخص الذي يفضل العيش والالتزام بمعايير خلقية عالية جداً، وهو يعتقد أن الله سوف يسامحه على كل الآثام التي يرتكبها، رغم أنه لا يسامح الآخرين عادة على مثل هذه الآثام.

ولغايات هذه الدراسة فأن تصنيف ويلر وآخرين Wheeler, et al. (1986) هو الذي سوف يعتمد في هذه الدراسة؛ وذلك لتنوع أساليب الحياة التي يقيسها، ولاستخدامه بكثرة في الدراسات السابقة، ولاعتماده في تصنيف أساليب الحياة على تصنيف أدلر وموزاك أكثر التصنيفات شهرة وانتشاراً في علم النفس الفردي.

ثانياً: الاضطرابات النفسية (Mental Disorders):

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association, (APA) (2000,p.8) في كتابها "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية– النسخة المعدلة" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision DSM-IV-TR) الاضطراب النفسي بأنه: "متلازمة سلوكية أو نفسية تسبب الشعور بالضيق أو العجز، وتزيد من احتمال تعرض الفرد إما للوفاة، أو الألم، أو العجز، أو فقدان مهم للحرية، وهي غير مقبولة أو موافق عليها ثقافياً أو سياسياً، أو دينياً، أو جنسياً، كاستجابة طبيعية لحدث معين كفقدان شخص عزيز. وبغض النظر عما إذا كان سببها عضوياً فإنها تعبر عن خلل إما في الوظيفة السلوكية، أو النفسية، أو البيولوجية للفرد، وليست سلوكاً منحرفاً، ولا يعد الصراع بين الفرد ومجتمعه اضطراباً نفسياً إلا إذا كان هذا الصراع أو هذا الانحراف عرضاً لخلل وظيفي".

وتقسم الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يصاب بها الفرد إلى قسمين (موسى، ٢٠٠١):

(١) **الذهان:** يشمل الاضطرابات النفسية الشديدة التي تؤدي إلى خلل عقلي خطير، وشخصية مفككة الأوصال، وفقدان الصلة بالواقع. ومن أبرز أعراض الذهان، والتي تميزه عن الاضطرابات النفسية الأخرى: تشويه الحقائق، ونقص البصيرة، والفوضى الشديدة والحادة في السلوك العام للشخصية. ويمكن أن يطور الفرد الذهاني اعتقادات عن سلوك الآخرين ليس لها أساس من الصحة، ويمكن أن يسمع أصواتاً، ويشم روائح غير موجودة أصلاً، وقد يتصرف بطريقة غريبة وشاذة، تضعف قدرته على القيام بوظائف الحياة المعتادة، كالعمل والمهام المتعلقة بالحياة الاجتماعية، وتقبل شريك الحياة والأبناء.

(٢) **العصاب:** هو الشكل غير الحاد من الاضطراب النفسي، ويشمل السلوكيات التي تظهر لدى الأشخاص العاديين، ولكنها تكون أكثر تكراراً وشدة لدى مرضى العصاب. وهو يشمل الاضطرابات النفسية التي تنشأ عن فشل الفرد في التوافق مع نفسه أو مع بيئته، وهو يدرك ما يحيط به من أمور، ويعيش ويتعامل مع الناس الآخرين بشكل عادي، ولكن الاضطراب النفسي يؤثر في حياته، فيضطرب تقديره لذاته وللآخرين.

وقد قسم الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV-TR) في نسخته الرابعة (APA, 2000) الاضطرابات النفسية إلى سبع عشرة فئة هي:

١- اضطرابات عادة ما تشخص للمرة الأولى في مرحلة الرضاعة، أو الطفولة، أو المراهقة.

Disorder Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence

٢- الاضطرابات النفسية الناتجة عن حالة طبية عامة، وغير المصنفة في مكان آخر.

Mental Disorders Due to a General Medical Condition not Elsewhere Classified

٣- اضطرابات الهذيان، والخرف، وفقدان الذاكرة، والاضطرابات المعرفية الأخرى.

Delirium, Dementia, and Amnesic and Other Cognitive Disorders

٤- الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المواد. Substance Related Disorders

٥- الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

Schizophrenia and Other Psychotic Disorders

٦- اضطرابات المزاج. Mood Disorders

٧- اضطرابات القلق. Anxiety Disorders

٨- الاضطرابات جسدية الشكل. Somatoform Disorders

٩- الاضطرابات المفتعلة (الزائفة). Factitious Disorders

١٠- الاضطرابات الانفصالية (الانشقاقية). Dissociative Disorders

١١- الاضطرابات الجنسية، واضطرابات الهوية الجنسية.

Sexual and Gender Identity Disorders

١٢- اضطرابات الأكل. Eating Disorders

١٣- اضطرابات النوم. Sleep Disorders

١٤- اضطرابات التحكم في النزوات غير المصنفة في مكان آخر.

Impulse Control Disorders not Elsewhere Classified

١٥- اضطرابات التكيف. Adjustment Disorders

١٦- اضطرابات الشخصية Personality Disorders

١٧- حالات أخرى قد تكون محل اهتمام أو تركيز الأخصائي الإكلينيكي.

Other Conditions that May Be a Focus of Clinical Attention

ويشير الدليل الـــتشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) إلى أن هذا التصنيف خاص بالاضطرابات النفسية التي تصيب الأفراد، وليس تصنيفاً للأفراد، لذلك يشيع فيه استخدام تعبيرات مثل شخص مصاب بالفصام، أو شخص لديه اعتماد على الكحول، وليس فصامياً أو مدمناً ...(APA, 2000) .

ونظراً لأن الدراسة الحالية تتناول مجموعة محددة من الاضطرابات النفسية كمتغيرات تابعة، فسوف يقتصر العرض التالي على هذه الاضطرابات فقط:

١- القلق (Anxiety):

ينطوي القلق في كل مستوياته على حالة انفعالية مؤلمة، أو غير سارة إزاء منبهات الخطر، أو التهديد، ثم يحاولون التغلب على تلك الحالة بأية حيلة أو أسلوب، بل إن الأشخاص العاديين قد يستنفدون قدراً كبيراً من طاقتهم النفسية في مختلف المناورات، أو الحيل الدفاعية لمواجهة تلك الحالة أو خفضها، أما في حالة الأشخاص العصابيين فقد تصبح هذه الجهود الدفاعية زائدة إلى الحد الذي يستنفد طاقاتهم كلها، ولا يتبقى منها إلا القليل للقيام بالسلوك البناء (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠). هذا وقد عرف ديفسون ونيل Davison and Neale, (1998, p.179) القلق بأنه عبارة عن "حالة مزاجية سلبية تتصف بأعراض جسمية ونفسية، مثل التوتر الجسمي، والخشية من المستقبل". وهو ميزة بارزة لكثير من الاضطرابات النفسية، وخصوصاً الاضطرابات النفسية التي تسمى باضطرابات العصاب.

ويقسم هولمز Holmes (1994) أعراض القلق إلى:

١- الأعراض المزاجية: وتشمل: القلق، والتوتر، والخوف من خطر مرتقب، والشعور بتشاؤم من المستقبل.

٢- الأعراض المعرفية: وتشمل: توقع الفرد لقدر مشؤوم، أو لخطر وشيك الحدوث، وتشتت الانتباه، وصعوبة التركيز.

٣- الأعراض الجسمية: وتشمل: التعرق، وجفاف الفم، والتنفس الضحل، وتسارع نبضات القلب، وزيادة ضغط الدم، وآلام الرأس، والصداع، وارتعاش الأطراف، وخفقان القلب، وآلام الصدر، وعسر الهضم.

٤- الأعراض الحركية: وتشمل: عدم الاستقرار، والتململ، والقيام بالنشاط الحركي المتكرر وغير المجدي، مثل هز القدم، والمبالغة في القيام بالاستجابات الإجفالية إزاء المثيرات المفاجئة. وغالباً ما تكون هذه الأنشطة غير منتجة، ويمكن أن تعطل أداء الفرد لوظائفه بشكل فعال.

ويقسم فرويد (as cited in Davison and Neale,1998) القلق إلى ثلاث أنواع هي:

١- القلق الموضوعي (Objective Anxiety)

وهو إدراك الفرد للمثيرات أو المواقف التي تشكل خطراً عليه أو تثير لديه الخوف، وهو أقرب إلى الخوف الطبيعي؛ لإدراك الفرد لمصدره. وينتهي هذا القلق بزوال المصدر الذي أثاره.

٢- القلق العصابي (Neurotic Anxiety)

يتمثل هذا القلق في شعور الفرد بالخوف الدائم من موضوعات أو مثيرات خارجية، ولكن لا يتناسب هذا الخوف مع الخطر المتوقع من هذه الموضوعات، مثل خوف الفرد من الحشرات، أو الدم...الخ.

٣- القلق الخلقي (Moral Anxiety)

يتمثل القلق الخلقي بشعور الفرد بالذنب، وهو ينشأ أساساً من الخوف من الوالدين وعقابهما. ويظهر على شكل قلق عام دون وعي بالظروف التي أدت إليه، أو في صورة مخاوف مرضية.

ويرى فرويد أن القلق مجهول المصدر (القلق العصابي) هو الذي يهدد سلامة الفرد وصحته النفسية، بخلاف القلق معروف المصدر الذي ينتهي بزوال المصدر.

أما سبيلبرغر (Spielberger) (المشار اليه في عبد الخالق، ٢٠٠٠) فقد قسم القلق إلى:

(أ) حالة القلق (Anxiety State):

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر، والشعور بالخشية، والعصبية، والانزعاج. وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن شيئاً يهدده. وهي استجابة طارئة تزول بزوال المثير المقلق، وتؤدي إلى حدوث تغير في اتزان الحالة النفسية عند الفرد، وهي غالباً ما تؤدي إلى نتائج سلبية في قيام الفرد بنشاطاته اليومية على اختلاف أشكالها.

(ب) سمة القلق (Anxiety Trait):

هي استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد، يتصف بقدر أكبر من الاستمرارية، مقارنة مع حالة القلق. وثمة فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعوامل المثيرة للقلق.

ويشمل القلق العديد من الاضطرابات النفسية. إذ يضع الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) اثنا عشراضطراباً ضمن فئة اضطرابات القلق وهي (APA, 2000):

١- اضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المفتوحة (Panic Disorder without Agoraphobia)

٢- اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن المفتوحة (Panic Disorder with Agoraphobia)

٣- رهاب الأماكن المفتوحة بدون وجود تاريخ من اضطراب الهلع (Agoraphobia without History of Panic disorder)

٤- الرهاب المحدد (Specific Phobia)

٥- الرهاب الاجتماعي (Social Phobia)

٦- اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder)

٧- اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (Posttraumatic stress Disorder)

٨- اضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder)

٩- اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder)

١٠- اضطراب القلق الراجع إلى حالة طبية عامة (Anxiety Disorder Due to … (indicate the General Medical Condition)

١١- اضطرابات القلق الناتجة عن تناول العقاقير (Substance – Induced Anxiety Disorder)

١٢- اضطرابات القلق غير المصنفة (Anxiety Disorder not Otherwise Specified)

ويعد القلق عاملاً مشتركاً في كثير من الاضطرابات النفسية، ويعد أحياناً العامل المسؤول عن الإصابة بالاضطرابات النفسية على اختلاف أشكالها.

ويعد القلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، إذ تقدر الإحصاءات نسبة انتشار القلق بين (١٠,٦-١٦,٦٪). وتقدر بحوالي (١٦,٤٪) عند الإناث، و(٨,٩٪) عند الذكور، وذلك لدى

عينة من أميركا، والاتحاد الأوروبي، وأستراليا، وتايوان، والصين، وإيران (Somers, et al., 2006).

٢- الاكتئاب (Depression):

يعرفه دافيسون ونيل (Davison and Neale (1998, p.226 بأنه "حالة انفعالية تتصف بالحزن الشديد، والشعور بالخشية، وبفقدان القيمة، والشعور بالذنب، والانسحاب عن الآخرين، وقلة النوم، وانخفاض الشهية للطعام، وانخفاض الرغبة الجنسية، وفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بمعظم الأنشطة الاعتيادية التي كان يمارسها الفرد".

وهو اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، وبحدوث تغيرات جوهرية في الوزن أو الشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار (APA, 2000,p.349).

ويقسم هامين (Hammen, (1998 أعراض الاكتئاب إلى أربعة أعراض:

(١) الأعراض الانفعالية، وتشمل: الشعور بالحزن، وهبوط المزاج، وأحياناً عدم ثبات المزاج، وفقدان الشعور بالمتعة عند القيام بالأشياء التي كان يستمتع بها سابقاً، والشعور باللامبالاة، وفقدان الشعور بالمتعة في العمل، أو التفاعل الاجتماعي، أو النشاط الجنسي.

(٢) الأعراض المعرفية، وتشمل: التفكير السلبي حول الذات والعالم والمستقبل، وانتقاد الذات وأفعالها، وانخفاض تقدير الذات، والاعتقاد بالعجز، وعدم امتلاك القدرة اللازمة للتحكم بالأحداث أو بنتائجها، والتفكير بالموت والانتحار، وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات، وصعوبة التذكر.

(٣) الأعراض السلوكية، وتشمل: الانسحاب من ممارسة الأنشطة الاجتماعية، وحدوث تأخر ملحوظ في النشاط النفسي الحركي للفرد مثلاً: التحدث والتحرك بشكل بطيء، وانخفاض نبرة الصوت، والتواصل البصري، والتهيج أحياناً.

(٤) الأعراض الجسدية، وتشمل: حدوث تغير في الشهية للطعام، وفي انتظام النوم، وانخفاض الطاقة، والشعور بالكسل، وفتور الهمة، وفقدان القدرة على الاحتمال الجسدي على إكمال المهمات.

ويقسم الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الاضطرابات المزاجية المرافقة للاكتئاب إلى ثلاثة أقسام (APA, 2000):

أ- القسم الأول: يشمل وصف للنوبات المزاجية، وهي: نوبة الاكتئاب الأساسي، ونوبة الهوس، والنوبة المختلطة، ونوبة الهوس الخفيف.

ب- القسم الثاني: ويشمل الاضطرابات المزاجية، وهي: الاضطرابات الاكتئابية، واضطراب ثنائية القطب، والاضطراب المزاجي الذي يرجع إلى حالة طبية عامة، والاضطراب المزاجي الذي يرجع إلى تأثير عقار.

ج- القسم الثالث: يشمل المحددات التي تصف كل نوبة مزاجية حديثة، أو متكررة دورياً من وقت إلى آخر.

ويحدد الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) المحكات التشخيصية الآتية لنوبة الاكتئاب الأساسي (APA, 2000):

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال الأسبوعين التاليين لحدوث نوبة الاكتئاب، والتي تؤدي إلى إحداث خلل في القدرة الوظيفية للفرد، وعلى الأقل يجب تواجد أحد العرضيين التاليين: مزاج اكتئابي، أو فقدان المتعة والسرور.

١- مزاج مكتئب معظم اليوم وكل يوم تقريباً، ويستدل على ذلك إما بشعور الفرد الشخصي بالحزن والفراغ، أو بملاحظة الآخرين له بأنه كئيب.

٢- انخفاض الشعور بالمتعة والسرور في معظم أو جميع الأنشطة، معظم اليوم وكل يوم تقريباً.

٣- انخفاض الوزن مع عدم إتباع الفرد لأية حمية، أو حدوث زيادة في الوزن (زيادة أكثر من ٥% على وزن الجسم خلال شهر) أو حدوث زيادة في الشهية للطعام أو انخفاضها كل يوم تقريباً.

٤- الأرق أو كثرة النوم كل يوم تقريباً.

٥- التهيج أو التأخر النفسي الحركي كل يوم تقريباً.

٦- الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.

٧- الشعور بعدم القيمة، أو الشعور الزائد بالذنب كل يوم تقريباً.

٨- انخفاض القدرة على التركيز أو التفكير، أو حدوث تردد في اتخاذ القرارات كل يوم تقريباً.

٩- تكرار التفكير في الموت (ليس فقط الخوف من الموت)، وتكرار الأفكار الانتحارية سواء بدون وجود خطة لتنفيذ الانتحار أو بوجود خطة لتنفيذ الانتحار.

ب- لا تستوفي هذه الأعراض محكات تشخيص النوبة المختلطة.

ج- تسبب الأعراض معاناة وخلل واضح من الناحية الإكلينيكية، أو ضعفاً في قدرة الفرد على القيام بوظائفه في الجانب الاجتماعي، وفي العمل، أو في مجالات وظيفية مهمة أخرى.

د- لا تعزى هذه الأعراض إلى تأثير مباشر لتناول عقار طبي أو لسوء استخدامه، أو لحالة طبية عامة، مثل فرط نشاط الغدة الدرقية.

هـ- لا تحدث هذه الأعراض نتيجة لفقدان شخص عزيز بسبب الموت.

وتدوم هذه الأعراض لأكثر من شهرين وتتميز بضعف وظيفي واضح، وانشغال مرضي بانعدام القيمة، وأفكار انتحارية، وأعراض ذهانية أو تأخر نفسي حركي.

وتشير الدراسات إلى أن الاكتئاب ظاهرة عالمية تظهر في كل المجتمعات. ففي مراجعة لنسب الإصابة بالاكتئاب في عدة دول أوروبية، وجد أن النسب تتراوح مابين (٤,٦-٧,٤٪). في حين تتراوح الإصابة بالاكتئاب في الولايات المتحدة الأمريكية اعتماداً على محكات الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) مابين (١,٥-٢,٨٪) (Barlow and Durand, 2003).

٣- الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder):

"وهي أفكار وسلوكيات متكررة ومستمرة يخبرها الفرد، وتسبب له الشعور بالضيق، والقلق، والتوتر" (APA, 2000,p. 456). يتصف الوسواس القهري بانقياد الفرد دون وعي، أو إرادة فعلية منه للتفكير في أشياء معينة (وساوس)، أو القيام بسلوكيات معينة (أفعال قهرية) مرة تلو الأخرى؛ في محاولة منه للتخفيف من شدة الاضطراب أو القلق. ويتصف أيضا باستحواذ أفكار غريبة على الفرد لا يستطيع التخلص منها، ويشعر بالإلزام أو الإجبار على القيام بسلوكيات معينة. وتكون هذه الأعراض شديدة وتحدث آلماً نفسياً واضحاً،

وتستهلك الكثير من الوقت أو تشوش على النظام المعتاد للفرد أو على أدائه الوظيفي، أو أنشطته، أو علاقاته الاجتماعية مع الآخرين (عبد الرحمن، ٢٠٠٠). وترتبط الوساوس والأفعال القهرية بشدة بالقلق، فهي تنشأ عن القلق، لذلك صنفت في التصنيف الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV) تحت قسم اضطرابات القلق (Rachman, 1998).

ويحدد الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) المحكات التشخيصية الآتية لاضطراب الوسواس القهري (APA, 2000):

أ- وجود وساوس، أو أفعال قهرية.

وتعرف الوساوس بوجود الأعراض الأربعة التالية:

١- وجود أفكار متكررة ومستمرة، واندفاعات أو تخيلات خبرها الفرد في بعض الأوقات، وتبدو مقحمة وغير مناسبة، وتسبب له الشعور بالقلق والكدر النفسي.

٢- هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات ليست فقط مجرد قلق أو انشغال زائد بمشكلات الحياة اليومية.

٣- يحاول الفرد تجاهلها، أو قمعها، أو إبطالها بطردها من خلال التفكير أو القيام بأفعال أخرى.

٤- يعرف الفرد أن هذه الأفكار الوسواسية، أو الاندفاعات أو التخيلات هي نتاج عقله (أو تفكيره)، وليست مفروضة عليه من الخارج.

وتعرف الأفعال القهرية بوجود الأعراض التالية:

١- سلوكيات متكررة (مثل: غسل اليدين، والترتيب، والفحص المتكرر للأشياء) أو سلوكيات عقلية (مثل: الصلاة، العد، وترديد كلمات في صمت)، ويشعر الشخص أنه منقاد لأدائها في استجابة لوساوسه، أو طبقاً لقواعد أو طقوس يجب تطبيقها بصرامة.

٢- تهدف هذه السلوكيات إلى منع حدوث شيء مفزع، أو خفض الشعور بالكدر النفسي، وهذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لتحييده أو منعه، أو أنها زائدة بشكل واضح.

ب- يدرك الفرد في أثناء سير المرض أن الوساوس أو السلوكيات القهرية مبالغ فيها، وغير منطقية.

ج- تسبب الوساوس والأفعال القهرية شعوراً بالكدر والأسى النفسي يستغرق وقتاً (أكثر من ساعة كل يوم)، ويتداخل بشكل واضح مع الروتين العادي، أو المهمات الوظيفية للفرد.

د- إذا وجد اضطراب نفسي آخر من اضطرابات المحور الأول فإن محتوى الوساوس أو السلوكيات القهرية لا يقتصر عليها (مثل وسواس الانشغال بالطعام في وجود إحدى اضطرابات الأكل، أو وسواس نتف الشعر في وجود هوس نتف الشعر، أو وسواس الانشغال الزائد بالمظهر الجسدي في وجود اضطراب تشوه الجسم، أو وسواس الانشغال بالعقاقير في وجود اضطراب استخدام المواد المخدرة، أو وسواس الانشغال بالإصابة بأمراض خطيرة في وجود توهم المرض، أو وسواس الشعور بالذنب في وجود اضطراب الاكتئاب الأساسي).

هـ - لا يرجع الاضطراب إلى التأثير الفسيولوجي المباشر لتناول عقار، أو علاج طبي، أو لحالة طبية عامة.

هذا وتقدر نسبة انتشار الوسواس القهري وفقاً لمسح أجرته الولايات المتحدة الأمريكية ما بين (٢-٣٪)، من الأفراد قد عانوا منه في فترة ما من حياتهم (Rachman, 1998). في حين يشير التصنيف الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) إلى وجود تباين في تقدير نسب انتشار اضطراب الوسواس القهري، ولكن أغلبها يؤكد أن معدله على مدار الحياة لا يتجاوز (٢,٥٪) (APA, 2000).

٤- الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية) (Psychosomatic Disorders):

"وهي عبارة عن أمراض جسمية أو شكاوي جسدية حقيقية، كالربو، وارتفاع ضغط الدم، وألم الرأس، وقرحة المعدة...الخ، تكون العوامل النفسية هي المسؤولة عن الإصابة بها أو عن تفاقمها" (Davison and Neale, 1998, p.179).

ويعرفها رايس أيضا (Rice, (1999,p.98 بأنها "فئة من الأمراض تكون الشكوى الجسدية فيها شكوى حقيقية، مثل القرحة، والربو، وقرحة القولون... ولكن تكون العمليات النفسية كالضغط والقلق المستمر سبباً لها أو عاملاً مؤثراً في تطورها".

في حين يعرفها هايس وستراتون (Hayes and Stratton, (2003,p.145 في قاموسهما: بأنها "أمراض جسدية حقيقية تسبب شعوراً عالياً بالضيق لدى المريض، ولا تنجم هذه الأمراض عن عوامل جسمية، بل عن أنواع معينة من الاضطراب أو الصراع النفسي، وعن الشعور بعدم الارتياح، وغالباً ما تكون لاشعورية في طبيعتها".

وتتفق التعريفات السابقة مع تعريف تايلور (٢٠٠٧) بأنها "أمراض جسمية مثل: القرحة، وزيادة إفراز الغدة الدرقية، والتهاب المفاصل، والربو الشعبي، تنشأ عن صراعات انفعالية أو نفسية".

وقد احتوى الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM- II) في نسخته الثانية على قائمة مكونة من (١٠) اضطرابات نفسجسمية، ولكن في نسخته الثالثة (DSM- III)، والرابعة (DSM- IV-TR) حذفت هذه القائمة؛ لأن العلماء والأطباء في الوقت الحاضر يرون أن العوامل النفسية والجسدية تؤديان معاً دوراً في الإصابة بسائر الأمراض الجسمية، لذلك فإن قائمة الاضطرابات النفسجسمية سوف تحتوي على كل مرض جسدي نعرفه (Oltmanns and Emery, 2007).

وتؤثر العوامل النفسية والاجتماعية في الصحة، وتؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسجسمية بإحدى الطريقتين التاليتين (Barlow and Durand, 2003):

(١) التأثير في العوامل البيولوجية التي تؤدي إلى إصابة الفرد بالأمراض، مثل مرض الإيدز (وهو مرض في جهاز المناعة يتأثر بالضغط النفسي)؛ إذ يؤدي تعرض الفرد للضغط النفسي لفترة طويلة زمنياً إلى استفحال هذا المرض.

(٢) إتباع الفرد أنماط سلوكية غير صحية لمدة طويلة من الزمن تزيد من خطورة إصابته بأمراض جسمية معينة، مثل عادات الطعام الخاطئة، أو عدم ممارسة التمارين الرياضية، أو عدم وضع حزام الأمان في أثناء القيادة، أو التدخين...الخ، إذ تسبب هذه العادات إصابة الفرد بأمراض معينة أو تزيدها كالسمنة، وقرحة المعدة، وسرطان الرئة، وأمراض القلب. فقد وجدت الدراسات أن ما نسبته (٥٠٪) من الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية تعود إلى ممارسة الأفراد العادات السلوكية غير الصحية سابقة الذكر، والتي يشار إليها بأنماط الحياة.

٥- الحساسية التفاعلية (الرهاب الاجتماعي) (Interpersonal Sensitivity):

تتركز الأعراض الأساسية في هذا الاضطراب على مشاعر القصور، والإحساس بالنقص وتحديداً في حالة المقارنة بالآخرين. ويتميز الأشخاص ذو المستوى العالي من الحساسية التفاعلية بتدني تقدير الذات، والشعور بالانزعاج والضيق في أثناء التفاعل مع الآخرين، وتوقع حدوث الأمور السلبية فيما يتعلق بالاتصال بالآخرين (البحيري، ٢٠٠٥).

وقد سميت الحساسية التفاعلية في الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM –IV-TR) بالرهاب الاجتماعي (Social Phobia): وهو وجود مخاوف شديدة، وغير عقلانية تتعلق بمواقف تتضمن وجوداً للآخرين، تؤدي إلى تجنب الفرد لهذه المواقف التي قد يتعرض فيها لتقييم الآخرين، ولظهور أعراض القلق، والارتباك عليه، مثل: التحدث أو القيام بسلوك ما أمام الآخرين، أو تناول الطعام في مكان عام ... ويرتبط الرهاب الاجتماعي بوجود الحساسية العالية للنقد، والتقييم السلبي للذات، وانخفاض تأكيد الذات وتقديرها، وزيادة مشاعر النقص، وضعف المهارات الاجتماعية . ويمكن أن يرافق وجود الرهاب الاجتماعي وجود اضطراب نوبات الهلع، ورهاب الأماكن المفتوحة، والوسواس القهري، وإساءة استخدام العقاقير، واضطراب الشخصية التجنبية (Barlow and Durand, 2003).

ويمكن تقسيم الرهاب الاجتماعي اعتماداً على عدد المواقف التي يتجنبها الفرد ويخافها إلى (Davison and Neale, 1998):

١- الرهاب الاجتماعي العام: وفيه يخاف الفرد من معظم المواقف الاجتماعية ويتجنبها مثل: بدء المحادثة أو الاستمرار فيها، أو الاشتراك في المجموعات الصغيرة، أو التحدث مع شخص يمثل السلطة، أو حضور الحفلات...الخ.

٢- الرهاب الاجتماعي المحدد: وهو يرتبط بالخوف من موقف اجتماعي محدد وتجنبه، كالحديث مع شخص يمثل السلطة. وهو أقل شدة من الرهاب الاجتماعي العام، من حيث مستوى المهارات الاجتماعية، ومستوى التفاعل الاجتماعي لدى الفرد.

ويحدد الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) المحكات التشخيصية التالية لتشخيص الرهاب الاجتماعي (APA,2000):

أ- وجود خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي يتعرض فيها الفرد لوجود أفراد آخرين غير مألوفين له، وخوفه من التصرف بطريقة مضحكة أو مربكة أمام الآخرين.

ب- تعرض الفرد للمواقف الاجتماعية التي يخافها، ويتجنبها يثير لديه أعراض القلق، والتي قد تتخذ شكل نوبات الهلع.

ج- يدرك الفرد أن خوفه غير منطقي ومبالغ فيه.

د- يتجنب الفرد المواقف الاجتماعية والأدائية التي يخافها، والتي تثير لديه أعراض القلق.

هــ - يؤدي هذا التجنب والخوف إلى حدوث تدهور، أو خلل في قدرة الفرد على القيام بالوظائف الحياتية الروتينية، وقيامه بالأنشطة الاجتماعية الأخرى.

و- تستمر الأعراض لدى الأفراد دون سن الثامنة عشرة ستة أشهر على الأقل.

ز- لا يرجع هذا الخوف من المواقف الاجتماعية أو تجنبها إلى التأثير الفسيولوجي لمادة أو عقار، أو إلى علاج طبي دوائي، أو لظرف طبي عام. ولا يفسر بشكل أفضل بواسطة اضطرابات نفسية أخرى مثل: نوبات الهلع، أو قلق الانفصال، أو اضطراب تشوه الجسد، أو أي اضطراب نمائي آخر، أو اضطراب الشخصية الفصامية.

ح- في حالة وجود ظرف طبي عام أو اضطراب نفسي أخر، فأن الخوف في المحك أ لا يرتبط به.

وتقدر نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي ب(١١%) بين الرجال و(١٥%) بين الإناث (Davison and Neale,1998)، في حين يشير الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) إلى أن نسبته تتراوح ما بين (٣%) إلى (١٣%) وذلك اعتماداً على الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، ونوع وعدد المواقف الاجتماعية التي يخافها الفرد ويتجنبها (APA, 2000).

٦- العدائية (Hostility):

وهي اضطراب متعدد الجوانب، يشمل المكون المعرفي، والعاطفي، والسلوكي، حيث يشير المكون المعرفي إلى المعتقدات والاتجاهات الخاطئة للفرد نحو الآخرين، وتتضمن النقد، وعدم الثقة بالآخرين. ويشار إلى المكون العاطفي عادة بالغضب، وهو انفعال غير سار يتراوح بين التهيج (Irritation) إلى الانتقام (Revenge). ويشير المكون السلوكي إلى النتيجة المترتبة على المكونين المعرفي والعاطفي، وهو السلوك الهادف إلى إيذاء الآخرين، سواء لفظياً أو جسدياً(Smith, et al., 2001) .

وترتبط العدائية سلبياً بالصحة الجسدية للفرد، إذ يشير جورجنسين وآخرون (Jorgensen, et al., 1996) إلى أن انخفاض التعبير العاطفي، وزيادة العواطف السلبية الشديدة والدفاعية لدى الفرد، يرتبطان بزيادة احتمال إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم. وترتبط العدائية بالعديد من السلوكيات غير الصحية، مثل: التدخين، وتناول الكحول، وزيادة الأكل أو التقليل منه، كما ترتبط، أيضا، بالقلق والاكتئاب.

وتسبب العدائية والأفعال العدوانية نحو الآخرين بخسارة مئات الملايين من الدولارات في الولايات المتحدة الأميركية سنوياً، فقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون سلوكيات عدوانية نحو الآخرين في عمر (٨) سنوات يكونون أكثر ميلاً من زملائهم الآخرين للقيام بسلوك الجنوح والإجرام في مرحلتي المراهقة والرشد، مما يترتب عليه الكثير من الخسائر المادية والبشرية (Smith, et al., 2001).

٧- المخاوف المرضية (Phobias)

وهي عبارة عن خوف وتجنب مبالغ فيه لمواقف وأشياء معينة لا تثير الخوف والتجنب عادة (عبد الرحمن، ٢٠٠٠). وسوف يقتصر حديثنا في هذا الجزء عن رهاب الأماكن المفتوحة (Agoraphobia)، والتي يضعها معد الاختبار تحت بند المخاوف المرضية. ويعرفه الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) بأنه "قلق من التواجد في أماكن يصعب الانسحاب، أو الهروب منها، أو الحصول فيها على مساعدة الآخرين إذا تعرضوا لنوبة فزع" (APA, 2000,p.441). ونتيجة لهذا الخوف، تتحدد أهم مجالات الحياة لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب، فيتجنبون الأماكن المزدحمة، ووسائل النقل العامة، والأنفاق والجسور، كما يصعب عليهم طلب العون والمساعدة إن تعرضوا لموقف مربك؛ لأنهم يعانون من كثير من المخاوف الاجتماعية. وغالباً ما يرتبط رهاب الأماكن المفتوحة بنوبات الهلع، ولكن توجد بعض حالات رهاب الأماكن المفتوحة غير المصحوب بتاريخ من اضطراب الهلع، (وإن كانت غير شائعة)، كما يجدر بالذكر أن بعض الأعراض الجسمية لكل من اضطراب نوبات الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة تكون متشابهة (عبد الرحمن، ٢٠٠٠).

ويحدد الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (APA, 2000) (DSM-IV-TR) المحكات التشخيصية التالية لاضطراب رهاب الأماكن العامة:

أ- قلق من التواجد في أماكن يصعب الهروب منها، أو أماكن لا تتوافر فيها المساعدة لمواجهة الأحداث غير المتوقعة، أو المواقف المسببة لنوبة الهلع أو لأعراض تشبه الهلع. ويشمل رهاب الأماكن العامة عدة مواقف مميزة، تتضمن وجود الفرد وحيداً خارج المنزل، أو في مكان مزدحم، أو فوق جسر، أو السفر في السيارة أو القطار.

ب- يتجنب الفرد هذه المواقف (مثل تجنب السفر أو الحد منه، أو تحمله للسفر بطريقة ما) مع الشعور بالكدر والخوف من حدوث نوبة هلع، أو حدوث أعراض تشبه أعراض نوبة

الهلع.

ج- لا يفسر القلق أو التجنب المرضي للأماكن العامة بأي اضطراب نفسي آخر، مثل الرهاب الاجتماعي (تجنب المواقف الاجتماعية)، أو الرهاب المحدد (تجنب مرتبط بموقف محدد مثل ركوب المصاعد)، أو الوسواس القهري، أو اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، أو قلق الانفصال.

وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار رهاب الأماكن العامة سواء مع أو بدون الهلع (٣,٥%) في المجتمع بشكل عام، ونسبة الإناث في هذه النسبة هي (٣٢%). وتقل هذه النسب إذا اقتصرت العينة على مراجعي المستشفيات والمراكز النفسية (Barlow and Durand, 2003).

٨- البارانويا (Paranoid)

وهو أحد أنماط الفصام، ويعد وجود أوهام واضحة وبارزة لدى الفرد، من مثل المبالغة في الإحساس بالأهمية، أو القوة، أو المعرفة الذاتية، أو وجود أوهام بارزة تتعلق بالغيرة والشك في شريك الحياة العنصر الأساسي في تشخيص البارانويا (Davison and Neale, 1998)، وقد يظهر المريض أيضا الغضب والعنف، ويتضح ذلك جلياً إذا كانت الأوهام حادة، وقد يعاني، أيضا، من القلق ونوبات الهلع (Barlow and Durand, 2003). كما ويتصف في تفاعلاته مع الآخرين بتكلف ورسمية للغاية، أو بإظهار القوة بطريقة مكثفة مفرطة. وتميل بداية ظهور هذا النمط إلى أن تكون في مرحلة متأخرة من عمر الفرد مقارنة مع الأنماط الأخرى للفصام، وتكون الخصائص المميزة له أكثر ثباتاً مع مرور الوقت. وتشير الدراسات إلى أن مستوى التحسن في هذا النمط تعتبر أفضل بكثير من الأنماط الأخرى للفصام، وبخاصة فيما يتعلق بأداء الفرد لوظائفه المهنية وقدرته على العيش بطريقة استقلالية (الرشيدي، ٢٠٠٠).

ويحدد الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) المحكات التشخيصية التالية لنمط البارانويا (APA, 2000):

١- وجود واحد أو أكثر من الأوهام والهلوسات أو تكرارها.

٢- لا تظهر أي من الأعراض الآتية عند الفرد: الحديث غير المنظم، أو السلوك التخشبي، أو تسطح المشاعر، في حين قد تظهر درجة واضحة من الغضب.

٩- الذهان

تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, (2000, p.297 الذهان (Psychosis) "بأنه اضطراب عقلي شديد يتصف باختلال شديد في قدرة الفرد على اختبار الواقع وإدراكه، مع وجود الأوهام، أو الهلوسات، أو الكلام المضطرب، أو السلوك التخشبي". ومن الاضطرابات النفسية التي تصنف ضمن مفهوم الذهان: الفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، والاضطراب الفصامي الوجداني، والاضطراب الهذائي القصير، والاضطراب الشراكي.

وفيما يلي شرحاً وتوضيحاً لهذه الاضطرابات، والتي تصنف تحت مفهوم الذهان أو الذهانية:

١- الفصام (Schizophrenia):

"وهو عبارة عن مجموعة من الاضطرابات الذهانية الفردية، التي تتصف بأعراض موجبة وسالبة، ترتبط بتدهور واحدة أو أكثر من المجالات الوظيفية للفرد، مثل: العمل، أو التحصيل الأكاديمي، أو العلاقات الشخصية، أو رعاية الذات. وتتضمن الأعراض الموجبة الأوهام الشاذة، والهلوسات، وبخاصة الهلوسات السمعية، واضطراب الكلام والوجدان والسلوك، وتشمل الأعراض السلبية: تسطح الوجدان، وانعدام الإرادة، وقلة الكلام، وانعدام الشعور باللذة أو البهجة" (APA, 2000, p. 298).

ويحدد الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM- IV-TR) المحكات التشخيصية الآتية لاضطراب الفصام (APA, 2000):

أ- وجود اثنين أو أكثر من الأعراض الآتية، حيث تستمر لمدة شهر على الأقل:

١- أوهام، وهي اعتقادات خاطئة يتمسك بها الفرد، على الرغم من وجود دلائل تثبت عدم صحتها.

٢- هلوسات، وهي إدراكات حسية يخبرها الفرد، ولا يوجد لها أي أساس في الواقع، أي لا يوجد منبه خارجي يؤثر في أعضاء الحس.

٣- الكلام غير المنظم مثل: تكرار الخروج عن موضوع الكلام، أو الكلام المشوش.

٤- السلوك غير المنظم بدرجة كبيرة، مثل السلوك التخشبي.

٥- أعراض سلبية مثل: تسطح المشاعر (Affective Flattening)، أو عدم الكلام، أو

انعدام الإرادة.

ب- حدوث اعاقة لوظائف الفرد الاجتماعية والمهنية، أي فقدان الفرد لقدرته على القيام بوظائفه الأساسية بشكل ملائم، سواء في العمل أو العلاقات البينشخصية، أو الرعاية الذاتية، أو الإنجاز الأكاديمي.

ج- استمرار الاضطراب مدة من الزمن لا تقل عن ستة أشهر.

د- استثناء الفصام الوجداني والاضطراب المزاجي، إما:

١- بسبب عدم وجود نوبات اكتئابية أساسية، أو نوبات هوس، أو نوبات مختلطة تحدث متزامنة مع أعراض الطور النشط للفصام.

٢- إذا حدثت النوبات المزاجية في أثناء وجود أعراض الطور النشط، فإن مدة استمرارها تكون مختصرة مقارنة بفترات الاستمرار النشط.

هـ- لا ترجع هذه الأعراض لتأثير تعاطي عقار ما، أو لحالة طبية عامة.

و- إذا كان هناك تاريخ لوجود أي اضطراب تطوري عام، فان إعطاء تشخيص إضافي للفصام يتم فقط بوجود الهلوسات والأوهام الظاهرة لمدة شهر على الأقل.

ويوجد تباين في نسب انتشار الفصام في الدراسات، وربما يعود هذا إلى اعتماد الباحثين على تعريفات مختلفة للفصام، أو إلى اختلاف المحكات التي اعتمدها الباحثون في تشخيص الفصام. ولكن تقدر الدراسات أن نسب انتشاره تتراوح بين (٠,٢-٢٪)، وثمة تشابه في نسب انتشار الفصام حول العالم (APA, 2000) .

٢- الاضطراب الفصامي الشكل (Schizophreniform Disorder):

وتتطابق محكاته مع المحك (أ، د، هـ) للفصام، ولكنه يكون على شكل نوبة، ويستمر مدة تتراوح من شهر واحد إلى ستة أشهر، يلاحظ فيها وجود تشوش أو حيرة في قمة النوبة الذهانية مع أداء وظيفي واجتماعي جيد، وإخفاء للمشاعر أو العواطف السطحية أو المتبلدة (APA, 2000).

٣- **اضطراب الفصام الوجداني (Schizoaffective Disorder):**

يتميز هذا النمط بحدوث نوبة اكتئاب أساسية، أو نوبة هوس، أو نوبة مختلطة في مدة مستمرة (غير متقطعة) تتزامن مع أعراض المحك (أ) للفصام. وتكون الأعراض التي تناظر محكات النوبة المزاجية موجودة اثناء الاستمرار الكلي للأعراض الفصامية. هذا ولا تحدث هذه الأعراض نتيجة لتأثير مباشر لتعاطي مادة أو عقار أو لوجود حالة طبية عامة (APA, 2000).

٤- **الاضطراب الهذائي (Delusional Disorder):**

أ- أهم أعراضه ظهور أوهام غير مختلطة (مثل الاعتقاد بوجود شخص يتبعه، أو يسمم له الطعام، أو أن زوجته تخدعه، أو أن لديه مرضاً خطيراً).

ب- تستمر هذه الأعراض لمدة شهر على الأقل، وقد توجد هلوسات لمسية وشمية، ولكن لا يكون الأداء الوظيفي قاصراً، ولا يكون السلوك شاذاً. وإذا حدثت نوبة مزاجية متزامنة مع الأوهام فإن مدة دوامها الكلية تكون قصيرة مقارنة بمدة دوام الهذاء، ومن أنماطه: النمط الجنسي، ونمط الشعور بالعظمة، والشعور بالاضطهاد والغيرة، والنمط الجسمي والمختلط، وغير المحدد (APA, 2000) .

٥- **الاضطراب الذهاني القصير (Brief Psychotic Disorder):**

يشتمل على أوهام وهلوسات وكلاماً وسلوكاً غير منظم، ولا يقل أستمرار النوبة عن يوم واحد ولا يتجاوز الشهر، مع العودة الكاملة للمستوى الوظيفي السابق قبل المرض. وقد تظهر هذه الأعراض بعد مدة قصيرة من التعرض لضغوط حادة، أو أحداث منفردة، أو بدون سبب معروف، وقد يحدث الاضطراب في أربعة أشهر بعد الولادة بالنسبة للمرأة (Frude, 1998).

٦- **الاضطراب الذهاني المشترك (Shared Psychotic Disorder):**

هو اضطراب يتطور عند فرد يكون متأثراً بفرد آخر، لديه توهم يتصف بمحتوى مماثل، ولا ترجع هذه الأعراض الى الفصام أو لاضطرابات مزاجية أخرى، أو التأثير الفسيولوجي لمادة، أو حالة طبية عامة (Frude, 1998) .

٧- **الاضطراب الذهاني الذي يرجع لحالة طبية عامة (Psychotic Disorder Due to General Medical Condition):**

تتوفر أدلة من التاريخ المرضي للحالة، أو من الفحص الطبي، أو من التحليل المخبري، يفيد بأن هذا الاضطراب هو نتيجة فسيولوجية لحالة طبية عامة (مثل الأورام)، أو خلل في إفرازات الغدد الصماء (مثل الغدة الدرقية)، أو بسبب الزهايمر (APA, 2000).

٨- **الاضطراب الذهاني الناتج عن تعاطي مادة أو عقار (Substance Induced Psychotic Disorder):**

يتضمن وجود هلوسات أو أوهام واضحة، ووجود دليل (سواء من التاريخ المرضي للحالة، أو من الفحص العضوي، أو نتائج التحاليل الطبية)، يثبت أن هذه الأعراض تظهر خلال شهر من التسمم بمادة، أو الانسحاب من تناول الكحول، أو الأمفيتامينات، أوالقنب، أوالكوكائين، أو المسكنات (APA, 2000).

٩- **الاضطراب الذهاني غير المصنف (Psychotic Disorder not Otherwise Specified):**

يتضمن وجود هذاءات وهلوسات وكلاماً وسلوكاً غير منظم أو تخشبي، ولكن قد لا تتوفر معلومات كافية لعمل تشخيص محدد، أو توجد معلومات متعارضة فيما بينها تمنع من إصدار تشخيص محدد، أو لا تناظر المحكات الموضحة أياً من الاضطرابات الذهانية المحددة، مثل ذهان ما بعد الولادة، أو الأعراض الذهانية التي تدوم لأقل من شهر، أو الاضطراب الذهاني الخفيف، أو وجود هلوسات سمعية مستمرة مع غياب أية أعراض أخرى، أو وجود هذاءات غير شاذة، ومستمرة، تتداخل مع النوبات المزاجية لمدى واضح من الزمن (APA, 2000).

ويشار إلى أن هناك ندرة في الدراسات المنظمة (Systematic) حول نسب انتشار الاضطرابات الذهانية الأخرى، مثل: الاضطراب الذهاني الشراكي أو غير المنصنف (APA, 2000). ولكن بشكل عام تشير الدراسات إلى أن نسبة الانتشار لهذا الاضطراب تتراوح ما بين (٠.٥ –١%) (Frude, 1998).

أسباب الاضطرابات النفسية:

تعددت النماذج النظرية المفسرة لأسباب الاضطرابات النفسية، ولكل نموذج من هذه النماذج ايجابياته وسلبياته. ويعود هذا التعدد إلى تنوع أسباب الاضطرابات النفسية نفسها وتداخلها مع بعضها البعض، بالإضافة إلى تعقد الظاهرة النفسية بشكل عام. ويميل الباحثون في الوقت الحاضر إلى دمج عدة نماذج نظرية في النظر إلى أسباب الاضطرابات النفسية، ومن هذه النماذج:

١- النموذج البيولوجي (الحيوي) (The Biological Model):

أن الافتراض الرئيس في هذا النموذج هو أن الجهاز العصبي يتحكم في سائر سلوكيات الفرد السوية وغير السوية وأفكاره، ولذلك فإن أي حدث بيئي أو تناول لعقار ما يؤثر في وظيفة الدماغ، مما يؤثر، أيضا، في تفكير الفرد وسلوكه. ومن وجهة نظر هذا النموذج، تنشأ السلوكيات غير السوية، والاضطرابات النفسية بشكل عام من التغيرات الحاصلة في الوظيفة العصبية، والتي تحدث بدورها بسبب الأحداث الحياتية الصادمة، أو تناول العقاقير، أو حدوث خلل في التوازن الهرموني في الجسم، أو التعرض للمواد السامة الموجودة في بيئة الفرد، أو التعرض لصدمة على الرأس، أو الإصابة بعدوى ما، أو وجود خلل في الجينات، أو بسبب عوامل بيولوجية أخرى (Bernstein, et al., 1999) وقد أظهرت الكثير من الدراسات ارتباط الإصابة باضطرابات نفسية بحدوث خلل في النواقل العصبية، فارتبطت الإصابة بالاكتئاب مثلاً بحدوث انخفاض في مستوى نشاط الناقل العصبي السيروتونين (Serotonin, 5-HT)، والنورأدرينالين (Noradrenaline)، وترتبط الإصابة بالفصام أيضا بحدوث نشاط مفرط في إفراز الدوبامين (Dopamine)، وترتبط الإصابة بعدة أنواع من اضطرابات القلق بانخفاض مستويات نشاط الناقل العصبي المعروف باسم جابا (Gamme Aminobutyric Acid, GABA) (Frude, 1998).

٢- النموذج السيكوديناماي (Psychodynamic Model):

يرى فرويد أن السلوك السوي، وغير السوي يتأثران بالقوى اللاشعورية، ومن هذا المنظور تفسر الأحداث الحياتية البريئة في حياة الفرد (مثل: نسيان اسم صديق) بأنها تعبير عن مشاعر الغضب التي يشعر بها الفرد نحو هذا الصديق، والتي لا يكون الفرد واعياً بها. ويعتقد فرويد أن هناك صراعاً داخل الفرد بين غرائزه الجنسية والعدوانية من جهة، وضميره، وعقله، ووعيه لعادات المجتمع وتقاليده من جهة أخرى، وبالتالي فإن كل فرد يواجه الحياة وهو يكافح

لإيجاد طرق مختلفة للتعبير عن هذه الغرائز دون التعرض للعقاب، أو الشعور بالقلق، أو بالذنب. وبتالي فإن الاضطرابات النفسية نتيجة لهذا الصراع، أي الصراع بين غرائز الفرد أو رغباته، وعقله وأخلاقه وواقع المجتمع الذي يعيش فيه (Bernstein, et al., 1999).

٣- النموذج المعرفي (The Cognitive Model):

يرى أصحاب هذا النموذج أن سبب الاضطرابات النفسية هو وجود صعوبة، أو مشكلة لدى الفرد في المعالجة الفعالة للمعلومات التي يتلقاها من البيئة المحيطة، أو لوجود أخطاء وتحيزات في تفكيره، أو وجود أخطاء في الاستدلال المنطقي لديه، ولذلك تنشأ الاضطرابات النفسية من الاستنتاجات الخاطئة التي يطورها الفرد. والناس المكتئبون مثلاً لديهم أفكار سلبية، كالتشاؤم في النظرة إلى الذات والأحداث والعالم المحيط، أو لديهم توقعاً سلبياً للمستقبل (Frude, 1998).

٤- النموذج السلوكي (Behavioral Model):

يرى هذا النموذج أن العوامل البيولوجية والجينات تزود الفرد بالتراكيب الجسدية الأساسية وبالاستعدادات العامة للسلوك، ولكن السلوكيات المحددة (سواء كانت سوية أو غير سوية) تتشكل بواسطة تجارب الفرد في بيئته. وتختلف النظريات السلوكية وفقاً لعمليات التعلم التي تركز عليها. فالتعلم الإجرائي يركز على العلاقات الوظيفية التي تنشأ بين السلوك والنتائج البيئية المترتبة عليه، وبخاصة التعزيز والعقاب. في حين يركز التعلم الإشراطي على الارتباطات التي تتكون بين المثيرات والاستجابات. وتركز نظرية التعلم بالنمذجة على ملاحظة السلوك، وملاحظة النتائج المترتبة عليه. والاضطرابات والأعراض المرضية وفقاً لهذا النموذج عبارة عن عادات أو استجابات غير تكيفية متعلمة. وقد أظهرت كثير من الدراسات امكانية إشراط الكثير من الاضطرابات النفسية (كالقلق والعجز المتعلم) داخل المختبر (Frude, 1998).

٥- النموذج الإنساني الوجودي (The Humanistic-Existential Model):

يركز هذا الاتجاه على الخبرة، وعلى الإحساس الإيجابي بالذات، وعلى الاختيار الفردي والأهداف الفردية للفرد في الحياة. ويرى هذا الاتجاه أن الأفراد مدفوعون أساساً نحو النمو والتطور الشخصي، ونحو الفاعلية الذاتية. وأن الاضطرابات النفسية تنشأ، عموماً، عندما يرفض الأفراد مسؤولية أفكارهم في الحياة وسلوكياتهم، أو لا يكونون قادرين على تحملها، أو إلى وجود تفاوت (Disparity) رئيس كبير بين آراء الفرد حول نفسه (صورة الذات)، وما يرغب في أن يكون عليه (الذات المثالية) (Frude, 1998).

٦- النموذج الاجتماعي الثقافي (The Sociocultural Model):

يرى هذا النموذج أن الاضطرابات النفسية يمكن فهمها بشكل أفضل، فقط، عندما ينظر إليها ضمن محيطها الثقافي، ولذلك يركز على عدة عوامل خارجية كعوامل مسببة للاضطرابات النفسية، مثل: البيئة الملوثة، والسياسات الاجتماعية المتطرفة، وفقدان القدرة على التحكم بالأحداث، والعادات والتقاليد... (Bernstein, et al., 1999)، ونوعية الإيديولوجيات الثقافية الشائعة في المجتمع، ونسب البطالة، والفقر في المجتمع. فالاضطرابات النفسية، من وجهة نظر هذه النظرية، نتاج للظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد. ويدعم هذا الرأي وجود اختلاف في نسب انتشار الاضطرابات النفسية وفقاً لاختلاف الجندر، والطبقة الاجتماعية، والخلفية الثقافية. ويفسر، أيضا، انتشار الاكتئاب لدى الإناث ضعف انتشاره لدى الذكور، على أنه انعكاس لنقص الفرص المتاحة لدى الإناث مقارنة مع الفرص المتاحة للذكور (Frude, 1998).

٧- نموذج الأنظمة العائلية (The Family Systems Model):

يهتم هذا النموذج ببناء ووظيفة الأسرة، فيركز على الأنماط السلوكية داخل الأسرة، وكيفية ردة فعل الأسرة عند مواجهتها للأزمات، وأولوياتها فيما يتعلق بتلبية احتياجاتها، وكيفية صنع القرار داخلها. ويرى هذا النموذج أن معظم الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يعاني منها الأفراد تعبر عن وجود خلل في نظام الأسرة، وفي العلاقات الأسرية، فكل أسرة تعد نظاماً اجتماعياً فريداً، وأن أي تغير في عنصر من عناصره يؤثر في العناصر الأخرى الموجودة في النظام (Frude, 1998).

٨- نموذج القابلية للإصابة (The Diathesis-Stress Model):

يرى هذا النموذج أن الاضطرابات النفسية تنتج من التفاعل بين الأحداث البيئية (كالضغوط النفسية)، والاستعداد أو القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية (وتشمل وجود الجينات، والتاريخ البيولوجي للفرد مثل: العدوى والجروح، وخبرات التعرض للصدمات في مرحلة الطفولة). فالناس الذين لديهم انخفاض في القابلية للإصابة بالاضطرابات النفسية أو للتأثر بظروف معينة سوف يطورون اضطراباً نفسياً فقط إذا تعرضوا لضغوط نفسية شديدة، في حين أن الأفراد الذين لديهم قابلية مرتفعة للإصابة بالاضطرابات النفسية يطورون اضطرابات نفسية حتى وإن كانوا تحت ضغوط نفسية متوسطة (Frude, 1998).

مشكلة الدراسة:

يعد الجانب النفسي عاملاً مهماً في بناء الفرد والمجتمع؛ فالفرد المضطرب لا يمكنه أن ينتج أو أن يكون عضواً فاعلاً في أسرته وفي مجتمعه. وقد أدركت الدول والمؤسسات أهمية هذه المسألة؛ فأنشأت المستشفيات، ومراكز الرعاية؛ للحد من تأثير الاضطرابات النفسية، ولتأهيل المضطربين نفسياً ليصبحوا أعضاء منتجين في مجتمعهم. وتشير الإحصاءات إلى أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في العالم ازدادت في العقود الأخيرة لأسباب مختلفة، إذ تقدر نسبة انتشار المخاوف المرضية بـ (١٧,٨٪) لدى الإناث، و(١٤,٤٪) لدى الذكور، ونسبة انتشار إدمان وإساءة استخدام الكحول بـ (٤,٦٪) لدى الإناث، و(٢٣,٨٪) لدى الذكور، والاكتئاب الرئيس بـ (٧,٨٪) لدى الإناث، و(٢,٦٪) لدى الذكور، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بـ (٠,٨٪) للإناث، و(٤,٥٪) للذكور، واضطراب الوسواس القهري بـ (٣,٢٪) لدى الإناث، و(٢,٠٪) لدى الذكور، واضطراب نوبات الهلع بـ (١,٠٪) لدى الإناث، و(٢,١٪) لدى الذكور، واضطراب الفصام بـ (١,٧٪) لدى الإناث، و(١,٢٪) لدى الذكور، واضطراب المزاج ثنائي القطبين بـ (٠,٩٪) لدى الإناث، و(٠,٧٪) لدى الذكور (Oltmanns and Emery, 2007). هذا ويعد أسلوب الحياة عاملاً مهماً ومؤثراً في صحة الفرد النفسية. كذلك فأن معرفة المرشد النفسي بهذا التأثير تزيد من فاعليته، وقدرته في الوقاية، والتشخيص، والعلاج للاضطرابات النفسية. ونظراً لأهمية أسلوب الحياة في الصحة النفسية بشكل عام، والاضطرابات النفسية بشكل خاص، فقد جاءت هذه الدراسة لتسعى إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة وكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية، وفي معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في كل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وبالتحديد، تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١- ما أساليب الحياة الشائعة لدى الأسوياء ؟

٢- ما أساليب الحياة الشائعة لدى المضطربين نفسياً ؟

٣- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمضطربين نفسياً في أساليب الحياة ؟

٤- هل هناك علاقة بين أساليب الحياة واضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية ؟

٥- ما درجة إسهام أساليب الحياة في تفسير التباين في كل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية ؟

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة من عدة جوانب، هي:

١- أهمية صحة الفرد النفسية للفرد والمجتمع، فالمجتمع يتكون من مجموعة من الأفراد، وكلما تمتع هؤلاء الافراد بمستوى جيد من الصحة النفسية، كلما كانت قدرة المجتمع على التقدم والانتاج والازدهار أكبر والعكس صحيح.

٢- ندرة الدراسات العربية التي تناولت نظرية أدلر بشكل عام، وأسلوب الحياة بشكل خاص، على الرغم من أهمية هذه النظرية، وتعدد تطبيقاتها الارشادية، كما أن معظم النظريات في علم النفس أخذت وتأثرت بأدلر.

٣- محاولة هذه الدراسة التحقق من مفاهيم نظرية أدلر، وقابليتها للتطبيق عبر الثقافي، وذلك بتطبيقها على البيئة العربية، وبالتالي التحقق من صدق النظرية.

٤- إلقاء الضوء على جانب مهم في شخصية المسترشدين، وهو أسلوب الحياة، وكيف يؤثر في صحة الفرد النفسية، إذ يعد أمراً مهماً في فهم ديناميكية الاضطرابات النفسية.

٥- إن معرفة العلاقة بين أساليب الحياة والإصابة بالاضطرابات النفسية يساعد المرشدين والأخصائيين النفسيين في الأقسام والمستشفيات النفسية في تشخيص الاضطرابات النفسية، وفي وضع الأهداف العلاجية، وفي اقتراح طرق وأساليب علاجية، وفي بناء خطط علاجية أكثر كفاءة، وفاعليةً استناداً إلى نظرية أدلر.

٦- التطبيقات الكثيرة المفيدة لنتائج هذه الدراسة في الارشاد الاسري، من حيث زيادة الرضا والفهم والتكيف الزواجي بين الزوجين.

التعريفات الإجرائية:

أ- **أسلوب الحياة:** "وهوعبارة عن توجه الفرد نحو الحياة، أي طريقة الفرد المتميزة في تحقيق أهدافه، والشعور بذاته وبالآخرين" (Mosak, 2005,p. 46). ويعبر عنه إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على القائمة الشخصية لأساليب الحياة The Life Style Personality Inventory (LSPI) المعدة من قبل مولينس وآخرين (Mullins, et al., ١٩٨٧) والمعربة من قبل الباحث لأغراض هذه الدراسة.

ب- الاضطرابات النفسية:

١- القلق: "هو حالة مزاجية سلبية تتصف بأعراض جسمية ونفسية، مثل التوتر الجسمي، والخشية من المستقبل" (Davison and Neale, 1998, p.179). ويعبر عنه إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد القلق في قائمة الأعراض المعدلة Symptoms Check List 90- Revised (SCL-90-R) المستخدمة في هذه الدراسة، والتي أعدها في الأصل ديروجيتس وآخرون (Derogatis, et al.(١٩٩٤، وقام البحيري (٢٠٠٥) بتقنينها إلى البيئة المصرية.

٢- الاكتئاب: وهو اضطراب يتصف بحدوث انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وبفقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، وبحدوث تغيرات جوهرية في الوزن والشهية للطعام، والأرق أو كثرة النوم، والتهيج أو التأخر النفسي الحركي، والتعب أو فقدان الطاقة والجهد، والشعور بالضعف والذنب، وتناقص القدرة على التفكير والتركيز، والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت والانتحار (APA, 2000,p.349). ويعبر عنه إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد الاكتئاب في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 – R).

٣- الوسواس القهري: وهو أفكار وسلوكيات متكررة ومستمرة يخبرها الفرد، وتسبب له الشعور بالضيق، والقلق، والتوتر (APA, 2000,p.456). ويعبر عنه إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد الوسواس القهري في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 – R).

٤- النفسجسمية: "هي أمراض جسمية أو شكاوى جسدية حقيقية، كالربو، وارتفاع ضغط الدم، وألم الرأس، وقرحة المعدة... الخ تكون العوامل النفسية هي المسؤولة عن الإصابة بها أو عن تفاقمها" (Davison and Neale, 1998, p.179). ويعبر عنها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد الاضطرابات النفسجسمية في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 –R).

٥- الحساسية التفاعلية: وهي إحساس الفرد بمشاعر القصور والنقص، عند المقارنة مع الآخرين، وتدني مفهوم الذات، والانزعاج، وعلامات الضيق في أثناء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، مع السعي إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والمواقف الاجتماعية (البحيري، ٢٠٠٥). ويعبر عنها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد الحساسية التفاعلية في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 – R) .

٦- العدائية: وهي مفهوم متعدد الجوانب، يشمل المكون المعرفي، والانفعالي، والسلوكي، إذ يشير المكون المعرفي إلى المعتقدات والاتجاهات الخاطئة نحو الآخرين، وتتضمن النقد وعدم الثقة بالآخر. ويشار إلى المكون الانفعالي عادة بالغضب، وهو انفعال غير سار يتراوح بين التهيج (Irritation) إلى ثورة الغضب (Rage). ويشير المكون السلوكي إلى النتيجة المترتبة على المكونين المعرفي والانفعالي، وهو السلوك الهادف إلى إيذاء الآخرين، سواء لفظياً أو جسدياً (Smith, et al., 2001) ويعبر عنه إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد العدائية في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 – R).

٧- المخاوف المرضية (الخوف من الأماكن العامة): بأنها "قلق من الوجود في أماكن يصعب الانسحاب أو الهروب منها. أو أن فرصة الحصول على المساعدة فيها غير متوفرة إذا تعرض لنوبة فزع أو انتابته أعراض نوبة الهلع" (APA, 199٤,p.441) . ويعبر عنها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد المخاوف المرضية في قائمة الأعراض المعدلة – SCL - 90) . R)

٨- البارانويا: تكرار واحدة أو أكثر من الأوهام والهلوسات، مع غياب الأعراض التالية: الحديث غير المنظم، والسلوك التخشبي، وتسطح المشاعر. وقد تظهر درجة واضحة من الغضب (APA, 2000,P.313). ويعبر عنها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد البارانويا في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 – R).

٩- الذهانية: هي الاضطرابات التي تتصف بأعراض موجبة وسالبة، وترتبط بتدهور واحد أو أكثر في المجالات الوظيفية للفرد، مثل: العمل، أو التحصيل الأكاديمي، أو العلاقات البيشخصية، أو رعاية الذات. وتتضمن الأعراض الموجبة الأوهام، والهلوسات، وبخاصة الهلوسات السمعية، واضطراب الكلام والوجدان والسلوك، وتشمل الأعراض السلبية: تسطح الوجدان، وانعدام الإرادة، وقلة الكلام، وانعدام الشعور باللذة أو البهجة (APA, 2000). ويعبر

عنها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على بعد الذهانية في قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 – R).

محددات الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة وكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. والى معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في كل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وقد استخدم فيها مقياسان هما: القائمة الشخصية لأساليب الحياة، وقائمة الأعراض المعدلة، وهما مقاييس تقدير؛ لذا فإن النتائج تحددت بطبيعة هذه الأدوات وما تقيسه. والعينة التي خضعت للدراسة هي مجموعة من الأسوياء، ومجموعة أخرى من المضطربين نفسيا، وعليه سيكون بالإمكان تعميم النتائج على عينات شبيهة فقط. كما أن عدم إرجاع بعض الأفراد للاستبيانات التي وزعت عليهم، بالإضافة إلى حذف بعض الاستبيانات التي لم يجب الفرد عن عدد كبير من فقراتها، أو أجابوا عنها بصيغة نمطية، ربما يؤثر في نتائج الدراسة. بالإضافة إلى تأثير قدرة الفرد على تذكر أحداث الطفولة التي يسأل عنها مقياس أساليب الحياة، وجدية الأفراد في الاجابة على ادوات الدراسة ايضا قد تؤثر على نتائج الدراسة. ومن محددات هذه الدراسة أيضا أنها دراسة ارتباطية تسمح باستنتاج وجود علاقة بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية، ولكنها لا تسمح باستنتاج علاقة سببية بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية، وأخيرا فإن ظروف المجتمع الحالي وما يطرأ عليه من تغيير يؤثر في تعميم نتائج هذه الدراسة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

المقدمة:

أجريت بعض الدراسات حول أساليب الحياة، وعلاقتها بكل من القلق، والاكتئاب، والضغوط النفسية، ومفهوم الذات، والإدمان، والتعرض للإساءة، والاحتراق النفسي، واضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية وغيرها، إلا أن عدد هذه الدراسات قليل مقارنة مع عدد الدراسات التي أجريت حول المواضيع الأخرى في علم النفس الفردي من جهة، ومقارنة بأهمية أسلوب الحياة في علم النفس الفردي من جهة أخرى. وجاءت هذه الدراسات مبعثرة ومتفرقة، وبحاجة إلى نظرة كلية شاملة في النظر إليها وتفسيرها.

وترجع قلة الدراسات التي تناولت أساليب الحياة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية إلى عدة أسباب، منها: اعتماد الباحثين في إجراء بحوثهم ولمدة طويلة على إجراء المقابلة وجعلها وسيلة لتفسير أسلوب حياة الفرد وتحليله، ولكثرة السلبيات التي تعتري هذه الطريقة في قياس أسلوب الحياة (مثل: طول الوقت الذي تحتاجه، والتدريب، وصعوبة التفسير، وتدخل ذاتية المقابل في تفسير نتائج المقابلة) مما حد من عدد الدراسات التي تناولت أساليب الحياة. وهناك سبب آخر يتمثل في عدم وجود اتفاق بين الباحثين والمنظرين في علم النفس الفردي على تصنيف موحد لأساليب الحياة، إذ إن هناك من يصنفها إلى أربعة، وهناك من يصنفها إلى خمسة، وهناك من يصنفها إلى تسعة...الخ.

وفيما يلي عرض للدراسات التي تناولت أساليب الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية.

١- الدراسات التي تناولت أساليب الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب:

أجرى ميراندا Miranda (1994) دراسة بهدف معرفة مقدرة أساليب الحياة، ودرجة الاندماج الثقافي أو ما يعرف بالتثاقف (Acculturation) مع الثقافة الأخرى التي يتواجد فيها الفرد في التنبؤ بالإصابة بالاكتئاب، إضافة إلى معرفة الفروق في أساليب الحياة، ودرجة الاكتئاب بين الأمريكيين ذوي الأصل الإسباني، وفقاً لدرجة اندماجهم الثقافي مع الثقافة

الأمريكية. وتكونت عينة الدراسة من (٣١٣) راشداً، قسموا إلى ثلاث مجموعات وفقاً لدرجة اندماجهم الثقافي مع الثقافة الأمريكية، فكان لدى المجموعة الأولى اندماج ثقافي منخفض مع الثقافة الأمريكية، ولدى المجموعة الثانية تبني ثقافي لكلا الثقافتين (الأمريكية، والإسبانية)، أما المجموعة الثالثة فكان لديها اندماج ثقافي عال جداً (Bi-Cultural) مع الثقافة الأمريكية. طبق على أفراد الدراسة:

١- مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي - نسخة الراشدين

Basic Adlerian Scales For Interpersonal Success (BASIS-A)

٢- قائمة بيك للاكتئاب.

٣- مقياس لدرجة الاندماج الثقافي مع الثقافة الأمريكية باللغة الإسبانية.

أظهرت نتائج الدراسة أن أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة الحذر، وأسلوب الحياة المتحكم، ومستوى الاكتئاب، ميزت بين المجموعات الثلاث وفقاً لدرجة اندماجها الثقافي مع الثقافة الأمريكية، بعكس أسلوب الحياة المذعن الذي لم يميز بين المجموعات الثلاث. وتنبأ كل من أسلوب الحياة الحذر، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي بالاكتئاب، إذ بلغت قيمة (ف) (١٠١,٤٤)، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وقد فسرت ما نسبته (٥٢%) من التباين الكلي في الاكتئاب.

وهناك دراسة أخرى أجراها مورتون بيج ويلر Morton-Page and Wheeler (1997) بهدف معرفة العلاقة بين الإصابة بالاكتئاب والتعرض إلى خبرة فقدان شخص عزيز في مرحلة الطفولة، وبهدف معرفة العلاقة بين أساليب الحياة من جهة، والإصابة بالاكتئاب والتعرض لخبرة فقدان شخص عزيز في مرحلة الطفولة من جهة أخرى. تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالباً من المسجلين في مساق "مقدمة في علم النفس" في إحدى الجامعات في الجنوب الشرقي للولايات المتحدة الأمريكية، بمتوسط عمر قدره (١٨,٦) سنة. قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين: المجموعة الأولى لم يتعرض أفرادها لخبرة فقدان شخص عزيز، وبلغ عددها (١١٨) فرداً، والمجموعة الثانية تعرضت لخبرة الفقدان، وبلغ عددها (٨٢) فرداً. طبقت على أفراد الدراسة:

١- القائمة الشخصية لأساليب الحياة (The Life Style Personality Inventory, LSPI).

٢- قائمة بيك للاكتئاب. (Beck depression inventory)

٣-المقياس الفرعي للاكتئاب من قائمة الشخصية متعددة الأوجه (The Minnesotal Multiphasic Personality Inventory, MMPI-D).

أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تعرضوا لخبرة الفقدان (أي فقدان شخص عزيز عليهم كالأب، أو الأم، أو أحد الإخوة) قبل بلوغهم سن (١٨)، كانت نسبة إصابتهما بالاكتئاب (٣٣%). في حين أن المجموعة التي لم تتعرض لخبرة فقدان شخص عزيز كانت نسبة إصابتهم بالاكتئاب (٣١%)، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين. وأظهرت نتائج الدراسة، أيضا، ارتباطاً إيجابياً ذا دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة الحذر والاكتئاب، بلغ وفقاً لمقياس بيك للاكتئاب (٠,٤٦)، ووفقاً للمقياس الفرعي للاكتئاب في قائمة الـــ(MMPI) (٠,٤١). وأظهرت نتائج الدراسة أيضا ارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة غير الكفؤ والاكتئاب بلغ (٠,٤٤) على مقياس بيك للاكتئاب، و(٠,٤٤) على المقياس الفرعي للاكتئاب في قائمة الـــ(MMPI). كما ارتبط أسلوب الحياة المنتمي سلباً بالاكتئاب (-٠,٤٥) على مقياس بيك للاكتئاب، و(-٠,٤٤) على المقياس الفرعي للاكتئاب في الـــ(MMPI). وأظهرت نتائج الدراسة كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التي تعرضت إلى فقدان شخص عزيز عليها، والمجموعة التي لم تتعرض إلى فقدان شخص عزيز في أساليب الحياة، إذ ارتفع متوسط المجموعة التي لم يتعرض أفرادها إلى فقدان شخص عزيز على أسلوب الحياة المذعن، وارتفع متوسط المجموعة التي تعرض أفرادها إلى فقدان شخص عزيز على أسلوب الحياة الحذر.

وقام سوانديرز وروي Saunders and Roy (1999) بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإصابة بالاكتئاب والشعور بالرضا عن الحياة وأسلوب الحياة المنتمي. تكونت عينة الدراسة من (٨٧) طالباً جامعياً، منهم (٣٣) ذكوراً بمتوسط عمر قدره (١٨,٤)، و(٥٤) إناثاً بمتوسط عمر قدره (٢٧,٣)، وذلك من جامعة نيو كاسل (Newcastle). طبق على أفراد الدراسة: مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الرضا عن الحياة (The Satisfaction with Life Scale, SWLS)، ومؤشر أسلوب الحياة المنتمي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط أداء الإناث على أسلوب الحياة المنتمي أعلى منه لدى الذكور، وأظهرت ارتباطاً سلبياً ذا دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المنتمي والاكتئاب (-٠,٢٢)، وارتباطاً سلبياً بين الاكتئاب والشعور بالرضا عن الحياة قدره (-٠,٣٩)، وارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة المنتمي والشعور بالرضا عن الحياة قدره (٠,٣٣).

ومن ناحية أخرى، لم تؤيد ذلك نتائج دراسة أجراها اشبي وكوتمان Ashby & Kottman (2000) هدفت إلى معرفة الفروق في الاكتئاب، والخوف من الحميمية (Fear of Intimacy) (أي خوف الفرد من مشاركة أفكاره ومشاعره مع الآخرين)، والفاعلية الذاتية، والمشاعر الإيجابية والسلبية، وفقاً لاختلاف أساليب الحياة بين الأفراد. تكونت عينة الدراسة من (١٦٣) طالباً جامعياً من المسجلين في مساقات علم النفس، منهم (١٠٦) إناثاً و(٥٥) ذكوراً، بمتوسط عمر قدره (١٩,٨٦). طبقت على أفراد الدراسة المقاييس الآتية:

١- قائمة لونجينفيلد لخصائص الشخصية (Longenfeld Inventory of Personality).

٢- مقياس كاندل للاكتئاب (Kandel Depression Scale).

٣- مقياس الخوف من الحميمية (Fear of Intimacy Scale, FIS)، وهو مقياس لقياس قدرة الفرد على الاتصال، وإقامة العلاقات مع الآخرين.

٤- مقياس الفاعلية الذاتية (Self-Efficacy Scale, SES).

٥- مقياس الانفعال الإيجابي والسلبي (Positive & Negative Affect Scale, PANAS).

قسم أفراد الدراسة وفقاً لدرجاتهم على مقياس (LIPP) إلى أربع مجموعات: المجموعة الأولى يتصف أفرادها بان لديهم أسلوب الحياة المنجز، وعددهم (٣٢) فرداً. والمجموعة الثانية يتصف أفرادها بأن لديهم أسلوب الحياة المنطلق، وعددهم (٧٩). والمجموعة الثالثة يتصف أفرادها بأن لديهم أسلوب الحياة المرح أو المسر (Pleasing Type)، وعددهم (٣٤) فرداً. والمجموعة الرابعة يتصف أفرادها بأن لديهم أسلوب الحياة المتجنب، وعددهم (١٨) فرداً.

أظهرت نتائج الدراسة أن أعلى متوسط للفاعلية الذاتية والانفعال الإيجابي كان لدى الأفراد ذوي أسلوب الحياة المنجز. ولم تظهر نتائج الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الأربعة في الاكتئاب والخوف من الحميمية.

وأجرى هيرنجتون وآخرون Herrington, et al. (2005) دراسة هدفت إلى معرفة مقدرة أساليب الحياة، وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية (Coping Strategies)، والتعرض إلى أحداث الحياة السلبية (غير سعيدة)، في التنبؤ بالقلق والاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة من (٤٣٥) طالبة من جامعات متعددة من مناطق مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية، بمتوسط عمر قدره (٢٧,٨٢)، ومن مختلف الأعراق. طبقت على أفراد الدراسة المقاييس الآتية:

١- قائمة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية (Coping Resources Inventory for Stress, CRIS).

٢- مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي – نسخة الراشدين (BASIS-A).

٣- مقياس مسح التجارب الحياتية (Life Experiences Survey).

٤- مقياس بيك للاكتئاب.

٥- مقياس سبلبيرغر للقلق – سمة وحالة.

أظهرت نتائج الدراسة أن الثقة بالنفس والدعم الاجتماعي كأسلوبين في التعامل مع الضغوط النفسية، وأحداث الحياة السلبية، وأسلوب الحياة المذعن، تفسر مجتمعة ما نسبته (٣٤%) من التباين في الاكتئاب. وفسر أسلوب الحياة المذعن منفرداً ما نسبته (١٢%) من التباين في الاكتئاب. في حين فسرت الثقة بالنفس كأسلوب في التعامل مع الضغوط النفسية، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، والتعرض إلى أحداث حياتية سلبية ما مقداره (٦٠%) من التباين في القلق، وفسرت أساليب الحياة مجتمعة ما مقداره (٣٩%) من التباين في القلق. وفسر أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة المنتمي معاً ما مقداره (٢٦ %) من التباين في القلق.

يمكن تلخيص نتائج الدراسات السابقة التي تناولت علاقة أساليب الحياة بالقلق والاكتئاب بما يلي: يرتبط أسلوب الحياة الحذر وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المذعن إيجابياً بالاكتئاب. في حين يرتبط أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المنجز، سلباً بالاكتئاب. ويتنبأ أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المذعن بالقلق. ويستشف من ذلك أن ثمة علاقة بين بعض أساليب الحياة والاكتئاب والقلق.

٢- الدراسات التي تناولت أساليب الحياة وعلاقتها بالعدوان:

أجرى سلاتون وآخرون Slaton, et al. (2000) دراسة هدفت إلى معرفة أساليب الحياة المميزة لنزلاء السجون، ممن قاموا بارتكاب سلوكيات إجرامية، وإلى معرفة مقدرتهم على التحكم بالغضب. تكونت عينة الدراسة من (٢٥٥) فرداً، منهم (١٨٥) ذكور و(٧٠) إناث، تراوحت أعمارهم ما بين (١٧-٦١) عاماً بمتوسط عمر قدره (٣٠,٢١). طبقت على أفراد الدراسة المقاييس التالية:

١- مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي – نسخة الراشدين (BASIS-A).

٢- مقياس سمة وحالة الغضب (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI).

٣- مقياس مارلو – كراون للمرغوبية الاجتماعية (Marlow- Crowne Social Desirability).

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نزلاء السجون والأسوياء في أساليب الحياة: المذعن، والمتحكم، والباحث عن الاستحسان لصالح نزلاء السجون. في حين لم تكن هناك فروق بين المجموعتين في أسلوب الحياة المنتمي. وأظهرت نتائج الدراسة ارتفاعاً في نتائج نزلاء السجون على مقياس الغضب (سمة وحالة)، وانخفضت درجاتهم على بعد التحكم في الغضب مقارنة مع الأسوياء.

وفي دراسة أخرى أجراها سميث وآخرون Smith, et al. (2001) بهدف معرفة أساليب الحياة المميزة للمراهقين العدوانيين المودعين في مراكز رعاية الجانحين، ومعرفة إذا كان هناك فروق بينهم في القلق (سمة وحالة) ، والغضب (سمة وحالة). تكونت عينة الدراسة من (٦٦) مراهقاً منهم (٣٣) ذكور و(٣٣) إناث، من المودعين في مراكز رعاية الجانحين في الجنوب الشرقي للولايات المتحدة الأمريكية ممن قاموا بارتكاب جرائم تراوحت من اعتداء بسيط، إلى اعتداء شديد على الآخرين، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٢-١٧) سنةً، بمتوسط عمر قدره (١٥) عاماً. طبقت على أفراد الدراسة المقاييس الآتية:

١- مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي (BASIS-A).

٢- قائمة القلق – سمة وحالة (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

٣- قائمة التعبير عن الغضب – سمة وحالة (State Trait Anger Expression Inventory, STAXI).

٤- استبانة العدوان (The Aggression Questionnaire).

أظهرت نتائج الدراسة وجود ثلاثة أنماط مميزة للمراهقين العدوانيين: النمط الأول يتصف أفراده بارتفاع عالٍ على أسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وارتفاع متوسط على أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الحذر. في حين حصل أفراد النمط الثاني على نتيجة منخفضة على أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، ونتيجة متوسطة على أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الحذر. وحصل أفراد النمط الثالث على نتيجة متوسطة على أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة

الطفل المدلل، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان. ولم تظهر نتائج الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث في القلق (سمة وحالة)، وفي الغضب (سمة وحالة).

وأجرى ماك جريفي وآخرون أيضا McGreevy, et al. (2001) دراسة هدفت إلى معرفة الفروق في أساليب الحياة بين نزلاء السجون الذين ارتكبوا جرائم جنسية، والنزلاء الذين ارتكبوا جرائم عدوانية، أو أية جرائم أخرى. وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) سجيناً من الذكور، ارتكب نصفهم (٢٥) جرائم مختلفة مثل الاعتداء على الآخرين، والسرقة، والنشل، والقتل، وإساءة استخدام العقاقير، ومخالفات سير، بينما ارتكب النصف الآخر(٢٥) سجيناً جرائم جنسية فقط. طبق على أفراد الدراسة: مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي – نسخة الراشدين (BASIS-A).

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في سبعة أساليب حياتية من ثمانية أساليب، إذ أظهرت مجموعة النزلاء الذين ارتكبوا جرائم متنوعة ارتفاعاً على أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المتحكم، مقارنةً مع المجموعة الثانية ممن ارتكبوا جرائم جنسية، ولكن كانت نتيجة المجموعتين دون المتوسط. وانخفض متوسط كلا المجموعتين على أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في أسلوب الحياة المؤذي، وفي أسلوب الحياة الكفؤ، وأسلوب الحياة المحبوب من الجميع، وأسلوب الحياة الباحث عن الكمال لصالح المجموعة الأولى.

هذا ويمكن تلخيص نتائج الدراسات التي تناولت علاقة أساليب الحياة بالعدوان بأن أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة المذعن ترتبط إيجابياً أو تتنبأ إيجابياً بالعدوان، في حين أن أسلوب الحياة المنتمي يتنبأ سلباً بالعدوان. وهذا يدعم فكرة وجود علاقة بين بعض أساليب الحياة وممارسة العدوان.

٣- الدراسات التي تناولت أساليب الحياة وعلاقتها بالاضطرابات النفسجسمية:

أجرى بريتزمان ومين Britzman & Main (1990) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة والتمتع بالصحة والعافية (Wellness). وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) فرداً ممن تطوعوا للاشتراك في الدراسة، أربعون منهم أخذوا من العاملين والمضطربين نفسياً في إحدى المستشفيات، والثمانون الآخرون أخذوا من المجتمع المحلي. وبلغ متوسط عمر أفراد العينة (٣٨,٣) عاماً، حيث طبقت على أفراد الدراسة المقاييس الآتية:

١- قائمة لونجينفيلد لخصائص الشخصية (The Langenfeld Inventory of Personality Priorities, LIPP)، وهي مقياس يجمع أكثر من أسلوب حياة معاً، بحيث تشكل بعداً واحداً، وهو يقيس خمسة أبعاد، هي: المنجز، والمتفوق، والمرضي، والمتجنب، والمصلح.

٢- قائمة الصحة أو العافية (Wellness Inventory)، وهي قائمة طورها المعهد الصحي في جامعة وسكنسن في الولايات المتحدة الأميركية. وتحتوي هذه القائمة على (١٧٣) فقرة تقيس خمسة مظاهر للصحة هي: ممارسة التمارين الرياضية، والالتزام بأخذ العقاقير الطبية الجسدية والتغذية المتوازنة، والعناية الجسدية بالذات، والعلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، والوعي بالذات وتقبلها.

أظهرت نتائج الدراسة أن أسلوب الحياة المنجز، وأسلوب الحياة المتفوق، وأسلوب الحياة المرضي، وأسلوب الحياة المتجنب، وأسلوب الحياة المصلح تفسر ما نسبته (٣٧٪) من التباين في الصحة. وارتبط أسلوب الحياة المنجز ارتباطاً ذا دلالة إحصائية بالصحة (٠,٤٥). وارتبط أسلوب الحياة المصلح سلباً بالصحة (-٠,٣٦)، وارتبط أسلوب الحياة المتجنب سلباً أيضاً بالصحة (-٠,٢١) بينما لم يسهم أسلوب الحياة المتفوق والمرضي في تفسير التباين في الصحة.

وفي دراسة حالة أجراه فول Fall (2005) بهدف معرفة أساليب الحياة المميزة لحالة تعاني من أعراض نفسجسمية، وفحص قدرة تقنيات العلاج النفسي الفردي في علاج هذه الأعراض. أجريت الدراسة على امرأة تدعى (كيم) تبلغ من العمر (٣٧) عاماً، وهي امرأة متزوجة، جاءت للمعالجة بهدف التغلب على مشاعر خيبة الأمل نحو زوجها (إذ تشتكي من أن زوجها لا يعتني بها)، وللتخلص من الشكاوي الجسدية الكثيرة التي لم يقدم الأطباء تفسيراً أو علاجاً حقيقياً لها (فهي تعاني من دوار مزمن، وألم في الرقبة، والكتفين، والذراعين، والظهر، والرأس)، إذ تجعلها هذه الشكاوي والآلام تشعر بالإنهاك، والعصبية أحياناً نحو الآخرين، والرغبة في التقيؤ. وقد عمل المعالج في جلسات المقابلة على تطوير علاقة علاجية مع (كيم). وفي المرحلة الثانية قام بالتحقق والسعي لفهم أسلوب حياة (كيم)، عن طريق سؤال (كيم) عن خلفيتها الأسرية وذكرياتها عن مرحلة الطفولة، ومهماتها الحياتية. وفي المرحلة الثالثة قام المعالج بالتفسير، أي تفسير أسلوب حياتها وأهدافها الخاطئة في الحياة وديناميات‌ها النفسية لها. وأظهرت نتائج الدراسة أن الشكاوي الجسدية التي كانت تبديها كيم تهدف إلى الحصول على المودة، والرحمة، والعناية من الآخرين. وأن أساليب الحياة الشائعة لديها هي أسلوب الحياة

الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة غير الكفؤ. وأظهرت نتائج الدراسة أيضا فاعلية أسلوب العلاج الفردي في تخفيض الأعراض النفسجسمية.

وتظهر نتائج الدراسات السابقة حول علاقة أساليب الحياة بالاضطرابات النفسجسمية أن أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة غير الكفؤ ترتبط إيجابياً بالأعراض النفسجسمية، أي كلما زاد إتباع الفرد لأحد هذه الأساليب زادت معاناته من الأعراض النفسجسمية، في حين يرتبط أسلوب الحياة المتجنب وأسلوب الحياة المنجز واسلوب الحياة المصلح سلباً بالأعراض النفسجسمية، أي كلما اتبع الفرد لهذه الأساليب قلت معاناته من الاضطرابات أو الأعراض النفسجسمية. وهذا يبين أن ثمة علاقة بين بعض أساليب الحياة والإصابة بالأعراض أو الاضطرابات النفسجسمية.

٤- الدراسات التي تناولت أساليب الحياة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الأخرى:

في دراسة أجراه بوينتون Boynton (1989) بهدف معرفة العلاقة بين أساليب الحياة والأعراض النفسية المختلفة، وبهدف معرفة الفروق بين المدمنين والأسوياء في أساليب الحياة. وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) فرداً، قسموا إلى ثلاث مجموعات. تكونت المجموعة الأولى من (٢٠) فرداً مدمناً على المسكنات، وتكونت المجموعة الثانية من (٢٠) فرداً مدمناً على الكوكائين، وتكونت المجموعة الثالثة من (٢٠) فرداً سوياً غير مدمن. ثم قام الباحث بالمزاوجة بين المجموعات الثلاث وفق الجنس، والعرق، والعمر، وكان جميع المدمنين المشتركين في الدراسة من المراجعين للمستشفى (غير المقيمين)، وينطبق عليهم المحكات التشخيصية للإدمان، وإساءة استخدام العقاقير وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III). طبقت على أفراد الدراسة المقاييس الآتية:

١- القائمة الشخصية لأساليب الحياة (LSPI).

٢- قائمة الأعراض المعدلة (The Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R).

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الإدمان ومجموعة الأسوياء في أساليب الحياة، إذ أظهرت مجموعتا الإدمان انخفاضاً على أسلوب الحياة المنتمي والمذعن، وارتفاعاً على أسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأظهرت مجموعتا الإدمان ارتفاعاً على سائر أبعاد قائمة الأعراض النفسية المعدلة (SCL-90-R). وأظهرت ارتباطاً سلبياً مقداره (-٠,٤٠) بين أسلوب الحياة المنتمي، ومؤشر شدة الأعراض المرضية في قائمة الأعراض المعدلة، وارتباطاً سلبياً بين أسلوب الحياة المذعن ومؤشر شدة

الأعراض في قائمة الأعراض المرضية المعدلة مقداره (-٠,٢١). وارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة المتحكم ومؤشر شدة الأعراض المرضية مقداره (٠,٢٠)، وارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة المؤذي وشدة الأعراض المرضية مقداره (٠,٤٣)، وارتباطاً إيجابياً بين أسلوب الحياة غير الكفؤ وكل من مؤشر شدة الأعراض المرضية مقداره (٠,٤١)، ومقياس الاكتئاب مقداره (٠,٣٩)، ومقياس الحساسية التفاعلية مقداره (٠,٤٠).

وأجرى بيرتيلسون Bertelson (1991) دراسةً هدفت إلى معرفة أساليب الحياة المميزة للمضطربين نفسياً، وإلى معرفة مصداقية استخدام قائمة أساليب الحياة (LSPI) ودقتها مع المضطربين نفسياً، وذلك عن طريق معرفة درجة الارتباط بين هذه الأساليب والتصنيفات التشخيصية للاضطرابات النفسية. وتكونت عينة الدراسة من (١١٢) مريضاً بالغاً من المقيمين في المستشفيات النفسية. طبقت على أفراد الدراسة:

١- قائمة أساليب الحياة (LSPI).

٢- قائمة ميلون الإكلينيكية المتعددة (Millon Clinical Multiaxial Invntory-II, MCMI-II).

٣- بالإضافة إلى جمع المعلومات الاجتماعية والتشخيصية للمرضى.

أظهرت نتائج الدراسة ارتفاعاً لدى عينة الدراسة على أسلوب الحياة المؤذي، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وانخفاضاً على أسلوب الحياة المذعن. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المضطربين نفسياً وفقاً لوجود إساءة، أو وجود والدين مدمنين على الكحول أو المخدرات، أو وجود تاريخ مرضي لاضطرابات الأكل، وأظهرت نتائج الدراسة أيضا قدرة أساليب الحياة على التمييز بين فئات المضطربين نفسياً.

وقد قامت هوفمان Hoffman (1999) بإجراء دراسة حالة بهدف معرفة أسباب الإصابة بالذهان، وأساليب الحياة المميزة له، وذلك على طفل مودع في أحد المراكز العلاجية، يدعى ستيف ويبلغ من العمر (١٢) سنةً، حيث أودع بسبب ظهور أعراض ذهانية لديه، مثل: الحديث المستمر عن جيوش يملكها، وتخيل وجود أصدقاء حوله يتحدث معهم ويتحدثون معه، وتهديد زملائه ومعلميه بأنه سوف يرسل جيوشه لعقابهم، وشكواه من قيام معلميه وزملائه بالاعتداء اللفظي والجسدي عليه، في حين لا يوجد دليل على صحة ذلك. وتظهر عليه الكثير من نوبات الغضب المتكررة في البيت عندما لا يحصل على ما يريد، ثم أصبح يهدد أمه وأخاه الأصغر بالاعتداء عليهما، وإيذائهما إذا ما استمر والده بعقابه والاعتداء عليه، رغم عدم صحة ذلك.

أظهر تحليل المقابلات التي أجريت معه، وتحليل التاريخ المرضي له، أنه طور أسلوب الحياة المتحكم، مما أسهم في تطوير الأعراض الذهانية، بالإضافة إلى الظروف التي أدت إلى تطوير ذلك الأسلوب، ففي مرحلة المشي، بدأ ستيف يظهر نوبات الغضب عندما لا يحصل على ما يريد، وكلما كبر في العمر أصبح أكثر تثبيطاً بسبب متطلبات الحياة، ثم وجد أن أكثر طريقة فاعلة لتحقيق هدفه في التفوق على الآخرين (Goal of Superiority) هي إتباعه أسلوب الحياة المتحكم واستخدام القوة. فعندما كان يتصرف كالمجنون يصبح عندها قادراً على الحصول على ما يريد، وبذلك يتحكم بوالديه ومعلميه وزملائه، لهذا أصبحت التصرفات أو السلوكيات الذهانية هي الحل الذي يساعده في تحقيق أهدافه الحياتية.

وفي دراسة، أيضا، أجراها باومان (2000) Bauman بهدف معرفة مدى قدرة أساليب الحياة في التمييز بين مسيء استخدام العقاقير الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وبين المسيئين الذين لا يعانون من أية اضطرابات نفسية. وتكونت عينة الدراسة من (١٦٠) فرداً ممن يعانون من إساءة استخدام العقاقير، ومن المقيمين في إحدى المستشفيات النفسية. طبق على أفراد الدراسة مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي – صيغة الراشدين (BASIS-A)، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن أساليب الحياة التالية: المذعن السلبي والإيجابي، والمتحكم، والباحث عن الاستحسان، والمحبوب من الجميع ميزت بين المجموعتين.

كما أجرى رازموزين وآخرون Rasmussen, et al.(2001) دراسة هدفت إلى معرفة أساليب الحياة والاضطرابات النفسية الشائعة لدى الفتيات اللواتي تعرضن للإساءة الجنسية، ومعرفة إذا كان ثمة ارتباط بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية لديهن. تكونت عينة الدراسة من (١٤) فتاة من المراجعات لأحد المراكز التي تعنى بالفتيات اللواتي تعرضن للإساءة الجنسية، تراوحت أعمارهن ما بين(١٤–١٨) سنة. طبق على المشاركات: مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي (BASIS - A)، ومقياس الشخصية متعدد الأوجه (MMPI-I).

وأظهرت نتائج الدراسة أن ما نسبته (٧١,٤%) من الفتيات لديهن مشكلة تتعلق بإساءة استخدام العقاقير، وكان لديهن ارتفاعاً واضحاً على مقياس الانحراف السيكوباثي في مقياس (MMPI-I). وانخفضت نتيجتهن على أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وارتفعت نتيجتهن على أسلوب الحياة الحذر. كما ارتبط أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة الحذر ايجابياً بالانحراف السيكوباثي لديهن.

ويمكن تلخيص نتائج الدراسات المتعلقة بعلاقة أساليب الحياة بالاضطرابات النفسية الأخرى بأن أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المذعن يرتبطان سلباً بأعراض الاضطرابات النفسية، بمعنى أنه كلما اتبع الفرد أحد هذين الأسلوبين انخفض احتمال معاناته من أعراض الاضطرابات النفسية. وارتبط أسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المؤذي، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المؤذي، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان إيجابياً بأعراض الاضطرابات النفسية، أي أنه كلما اتبع الفرد أحد هذه الأساليب زاد احتمال معاناته من الأعراض النفسية.

نلحظ مما سبق أن سائر هذه الدراسات تدعم فكرة وجود علاقة بين أساليب الحياة والإصابة بالاضطرابات النفسية، إلا أن هناك تناقضاً في نتائج الكثير من هذه الدراسات، إذ يشير بعضها إلى وجود ارتباط إيجابي بين أحد أساليب الحياة والاكتئاب أو القلق، في حين ينفي بعضها هذا الارتباط، ويؤكد بعضها وجود ارتباط سلبي. وتركز هذه الدراسات على مجتمع الأسوياء بشكل عام، وعلى طلبة الجامعات بشكل خاص، ولا تركز أو تتناول مجتمع المضطربين نفسياً الذين يتمتعون بخصائص ومميزات خاصة، بالإضافة إلى تركيزها على بعض الاضطرابات النفسية، وإهمال بعضها الآخر، مما جعل إجراء دراسات أخرى مكملة لها أمراً ضرورياً. ومن هنا تأتي هذه الدراسة، والتي تختلف عن الدراسات السابقة، من حيث قيامها بدراسة أساليب الحياة الشائعة لدى المضطربين نفسياً المقيمين أو المراجعين للمستشفيات والمراكز النفسية، ومن حيث قيامها بدراسة علاقة أساليب الحياة باضطرابات نفسية أخرى لم تتناولها الدراسات السابقة، ومن حيث قيامها أيضا بفحص إسهام أساليب الحياة في تفسير التباين في بعض الاضطرابات النفسية في البيئة العربية، مما يساعد على التأكد من مصداقية مفاهيم أدلر وقابليتها للتطبيق في ثقافات أخرى غير الثقافة التي نشأت بها، وهي هنا الثقافة العربية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من المضطربين نفسياً المراجعين والمقيمين في المركز الوطني للصحة النفسية، والعيادة الاستشارية التابعة للمركز الوطني للصحة النفسية (عيادة شيحان)، والعيادة النفسية التابعة لمستشفى الجامعة الأردنية، ومركز الأمل لعلوم الطب النفسي. وتكون، أيضا، من أقرباء المضطربين نفسياً وأصدقائهم من الأسوياء، ممن رافقوا أقربائهم المرضى أو زاروهم في المراكز النفسية المذكورة في وقت إجراء هذه الدراسة من عام (٢٠٠٩).

عينة الدراسة

اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: المجموعة الأولى مكونة من المضطربين نفسياً، وزعت (١٢٧) استبانة عليهم، استرجع منها (١٢٤) استبانة، واستثنيت (١٤) استبانة من المسترجعة لإحدى الأسباب التالية:

أ- عدم استجابة الفرد على إحدى أدوات الدراسة، أو على كثير من فقرات أدوات الدراسة.

ب- عدم استجابة الفرد على قائمة المعلومات الديمغرافية.

ج- وجود استجابة غير جدية من الفرد على أدوات الدراسة، مثل الإجابة عن سائر الفقرات بالإجابة نفسها.

د- حذف استبانة أي فرد من عينة الأسوياء إذا أجاب بنعم على السؤال المتعلق بمراجعته لطبيب نفسي أو أخصائي نفسي بسبب اضطراب نفسي، والموجود في قائمة البيانات الديمغرافية، أو إذا ظهر في استجابته على قائمة الأعراض النفسية المستخدمة في هذه الدراسة ما يشير إلى وجود اضطراب نفسي حقيقي أو شديد.

وبالتالي بلغ العدد النهائي لعينة المضطربين نفسياً (١١٠) فرداً، بواقع (١٤) فرداً من العيادة النفسية التابعة لمستشفى الجامعة الأردنية، و(٣٨) فرداً من المركز الوطني للصحة النفسية، و(٤٤) فرداً من العيادة الاستشارية التابعة للمركز الوطني للصحة النفسية (عيادة شيحان)، و(١٤) فرداً من مركز الأمل لعلوم الطب النفسي.

وتكونت المجموعة الثانية من الأسوياء من أقرباء المضطربين نفسياً وأصدقائهم الذين قاموا بمرافقة أقاربهم المرضى أو زيارتهم في وقت إجراء هذه الدراسة، فقد وزعت عليهم (١٦٦) استبانة، واستثنيت (١١) استبانة لأحد الأسباب المذكورة سابقاً. كما واستثنيت (٤٥) استبانة أيضا؛ نتيجة المزاوجة التقريبية مع عينة المضطربين نفسياً في العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والدخل الشهري، فبلغ العدد النهائي لأفراد عينة الأسوياء (١١٠). ويلخص الجدول رقم (١)، خصائص أفراد العينة من المجموعتين من حيث العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والتحصيل العلمي، والدخل الشهري.

الجدول ١. الخصائص الديمغرافية لعينة الأسوياء والمضطربين نفسياً

الخصائص	العينة	الأسوياء				المضطربين نفسياً			
		العدد	النسبة	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	النسبة	المتوسط	الانحراف المعياري
العمر				٣٥,١	٩,٨			٣٤,٩	١٠,٣
الجنس	ذكور	٦٦	%٦٠			٦٦	%٦٠		
	إناث	٤٤	%٤٠			٤٤	%٤٠		
الحالة الاجتماعية	أعزب	٦٣	%57			٦٢	%56		
	متزوج	٤٢	%٣٩			٣٥	%٣٢		
	مطلق	٥	%٤			٩	%٨		
	أرمل	٠	%٠			٤	%٣		
التحصيل العلمي	ابتدائي	٣	%٢.7			٢	%١,٨		
	إعدادي	٣٠	%27.2			١٨	%١٦,٣		
	ثانوي	٢٦	%٢٣,٦			٢٠	%١٨,١		
	دبلوم	٣٢	%٢٩			٣٣	%٣٠,٣		
	جامعي	١٦	%١٤,٥			٣٠	%٢٧,٢		
	دراسات عليا	٣	%٢,٧			٧	%٦,٣		
الدخل الشهري	أقل من ٥٠٠	٦٦	%٦٠			٦٦	%٦٠		
	٥٠١-١٠٠٠	١١	%١٠			١١	%١٠		
	١٠٠١-٢٠٠	٤	%٣,٦			٤	%٣,٦		
	٢٠٠١-٤٠٠٠	٢	%١,٨			٢	%١,٨		
	غير محدود	٢٧	%٢٤,٥			٢٧	%٢٤,٥		

أدوات الدراسة:

١- القائمة الشخصية لأساليب الحياة. (ملحق رقم ٤)

يهدف قياس أسلوب الحياة في علم النفس الفردي إلى معرفة أسلوب حياة المسترشد، وإلى معرفة كيفية تأثير أساليب الحياة في قيام المسترشد بوظائفه الحياتية المختلفة (Kern, ٢٠٠٨). وعلى الرغم من أهمية أسلوب الحياة في علم النفس الفردي، إلا أن عدد الدراسات التي أجريت حوله قليلة نسبياً قياساً إلى أهمية أسلوب الحياة في علم النفس الفردي من جهة، وقياساً إلى حجم الدراسات التي أجريت حول المفاهيم الأخرى في علم النفس الفردي من جهة ثانية؛ ويعود ذلك إلى اعتماد الباحثين لوقت طويل نسبياً على إجراء المقابلة كوسيلة لتقييم أسلوب حياة الفرد وتحديده، ونتيجة لما يعتري هذه الطريقة من صعوبات منها صعوبة إجرائها، وتحليل نتائجها، وتدخل ذاتية المقابل في إجرائها، وطول الوقت اللازم لتنفيذها، وانخفاض صدقها وثباتها، فقد أدى ذلك إلى الحد من عدد البحوث التي تناولت أساليب الحياة لمدة زمنية طويلة نسبياً .

وتتضمن المقابلة التي تعتمد كوسيلة لتقييم أسلوب الحياة الكثير من الأسئلة حول الخلفية الأسرية للفرد، وترتيبه الولادي في الأسرة (التسلسل الولادي)، والذكريات والتجارب المبكرة التي يتذكرها، وتفسيراته لتلك التجارب (Falco and Garrison, ١٩٩٥)، وذلك استناداً إلى مقولة أدلر: "لا توجد ذكريات يتذكرها الفرد لمجرد الصدفة، إذ إن الفرد يواجه عدداً لا يحصى من الانطباعات أو الذكريات، ولكنه يتذكر المهمة منها، أو التي يشعر نحوها بالحزن أو الألم" (Adler, 1927, p.73).

وقد طور دريكرز Dreikurs مقابلة منظمة لتحديد أسلوب حياة المسترشد، وطور جوشرست Gushurst أيضا، مقابلة لقياس أسلوب الحياة، تتضمن الكثير من الأسئلة المفتوحة حول الخلفية الأسرية للفرد، وحول الخبرات التي تعرض لها في مرحلة الطفولة المبكرة، وحول طريقة تنشئته (as Cited in Shulman and Mosak, 1995).

وبسبب السلبيات المذكورة مسبقاً للمقابلة كوسيلة لتقييم أسلوب حياة الفرد؛ عمد الباحثون في علم النفس الفردي إلى تطوير عدة مقاييس تقدير لقياس أسلوب الحياة، منها:

مقياس كيرن لأسلوب الحياة Kern Life Style Scale (KlS)

وهو من إعداد كيرن ووايت Kern and White (١٩٨٩). ويتكون من (٣٥) فقرة، يجاب عنها وفقا لمقياس ليكرت الخماسي المتدرج. وهو يقيس خمسة أساليب حياة هي: أسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الكامل، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة الشهيد. وقد قنن على عينة مكونة من (٦٢٩) فرداً من مرحلة

البكالوريوس، ومن مرحلة الماجستير، ومن العاملين في قطاع الخدمة المدنية. وقد بلغ معامل ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية (٠,٤٣). ويتمتع المقياس بمعاملات صدق بناء مقبولة وجيدة. ويتصف بعدة ميزات منها: سهولة تفسيره سواء من الأخصائيين أو غير الأخصائيين، وقصر الوقت اللازم لتطبيقه وتفسيره. إلا أن اقتصاره على قياس خمسة أساليب حياة فقط، وإهماله لأساليب الحياة الأخرى على الرغم من تأكيد كثير من الدراسات على وجودها؛ حد من استخدامه في هذه الدراسة.

مقياس أدلر الأساسي للنجاح الشخصي – نسخة الراشدين

Basic Adlerian Scales For Interpersonal Success (BASIS-A)

أعد هذا المقياس كيورليت وآخرون (١٩٩٦) .Curlette, et al؛ ليكون أداة مساعدة للمرشدين في فهم أسلوب حياة المسترشدين وتحديده. وهو يقيس خمسة أساليب حياة رئيسية، هي: أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة الحذر. ويقيس أيضا ستة أساليب حياة فرعية أخرى تساعد على تفسير أساليب الحياة الرئيسية السابقة، وهي: الخشن، الخامل، المحبوب من الجميع، الباحث عن الكمال، اللطيف، الاجتماعي. والبعد الفريد لهذا المقياس هو اعتماده على استعادة الفرد للأحداث والتجارب الحياتية التي مر بها في مرحلة الطفولة المبكرة. ويتكون هذا المقياس من (٦٥) فقرة، يجاب عليها وفقاً لمقياس ليكرت خماسي متدرج. ويتمتع المقياس بمعاملات صدق بناء عالية، وبمعدل ثبات للاتساق الداخلي يتراوح ما بين (٠,٨٢–٠,٨٧) وفقاً لمعادلة كروبناخ ألفا.

يقيس هذا المقياس عدة أساليب حياة، ويستخدم بكثرة في الدراسات المتعلقة بأساليب الحياة، إلا أن عدد الفقرات كبير نسبياً خصوصاً أنه سيطبق بالإضافة إلى مقياس أخر (قائمة الأعراض المعدلة)، إضافة إلى صعوبة تفسيره، مما يحد من استخدامه في هذه الدراسة.

القائمة الشخصية لأساليب الحياة The life style personality Inventory (LSPI)

وضع هذه القائمة ويلير وآخرون (١٩٨٦) .Wheeler et, al وهي قائمة تقدير ذاتي مكونة من (٥٤) فقرة، تعكس أو تبين إدراك الفرد للخبرات والأحداث التي تعرض لها في مرحلة الطفولة. وجميع فقرات هذه القائمة تبدأ بعبارة (عندما كنت طفلاً، كنت...) وذلك للتقليل قدر الإمكان من مقاومة المسترشد التي قد تبرز عند اعترافه في الوقت الحاضر بالقيام بسلوكيات سلبية في الماضي.

وتقيس هذه القائمة تسعة أساليب حياة هي:

١- المنتمي:

يعكس هذا البعد درجة انتماء الفرد للمجتمع، وقدرته على مواجهة متطلبات الحياة بالتعاون مع الآخرين. وهو مقياس لصحة الفرد النفسية وفقاً لمفهوم أدلر للصحة النفسية، فالأفراد الذين يحصلون على درجة مرتفعة على هذا البعد يكونون اجتماعيين، وداعمين، ويحترمون الآخرين، وغالباً ما يكونون قد حصلوا على تنشئة أسرية نمت لديهم الشعور بالانتماء نحو المجتمع (Wheeler, et al., ١٩٩١). وتمثله الفقرات أرقام (١،٢،٣،٤،٥،٦).

٢- الضحية:

وهو الشخص الذي يشعر بتعرضه للأذى من الآخرين، وتكون لديه علاقة سلبية بوالديه. ويرتبط هذا الأسلوب باحتمال تعرض الفرد للإساءة في مرحلة الطفولة (Wheeler, et ١٩٩١ ,.al). وهو الشخص الذي يشعر بأنه نبيل، ويشعر بالشفقة على ذاته (Mosak, 1979). وتمثله الفقرات أرقام (7,8,9,10,11,12)

٣- الباحث عن الاستحسان:

وهو الشخص الذي يسعى للحصول على الاستحسان من الآخرين، عن طريق الجهود التي يبذلها للنجاح. وتقيمه لذاته مشتق من المصادر الخارجية، ولديه خوف من ارتكاب الأخطاء، وخوف من الرفض من الآخرين. وهو يقابل الشخص الراغب في أن يكون محبوباً لدى موزاك، أي الشخص الذي يحاول إرضاء الجميع في كل الأوقات، وهو حساس للانتقاد، ويشعر أنه محطم عندما لا يحصل على الاستحسان العام والمستمر من الآخرين، وينظر إلى تقيمات الآخرين له على أنها مقياس لقيمته الشخصية (Mosak, 1979). وتمثله الفقرات أرقام (13,14,15,16,17,18).

٤- المتحكم:

وهو الشخص الذي يرغب في التحكم بالآخرين، ولديه نزوع نحو السيطرة على أنشطة الجماعة (Wheeler, et al., ١٩٩١). ويرغب في التحكم بحياته، والتأكد من أن الحياة لا تتحكم به، وهو لا يحب المفاجآت، ويتحكم بعفويته، ويفضل استخدام التبرير، والاستقامة، والترتيب (Mosak,1979). وتمثله الفقرات أرقام (١٩،٢٠،٢١،٢٢،٢٣،٢٤).

٥- غير الكفؤ:

يشعر هذا الشخص بفقدان القيمة، وبعدم المقدرة على النجاح في منافسة الآخرين، ويتصرف وكأنه لا يفعل أي شيء صحيح، وبسبب إهماله هذا يقوم بتوظيف الآخرين لخدمتــه (Wheeler, et al., 1991). وتمثله الفقرات أرقام (٢٥،٢٦،٢٧،٢٨،٢٩،٣٠).

٦- المدلل:

وهو الشخص المعتمد على الآخرين، والذي يستخدم الأشكال السلبية من السلوك في التعامل مع الآخرين، وهو الشخص المدلل الذي يتوقع أن يحصل على كل ما يريد في الحياة (Wheeler, et al., ١٩٩١). وتمثله الفقرات أرقام (٣١،٣٢،٣٣،٣٤،٣٥،٣٦).

٧- المنتقم:

وهو الشخص الذي يشعر بالأذى والرغبة في الانتقام من الآخرين، ويقوم بعدة سلوكيات لإيذاء الآخرين أو للانتقام منهم. ويرى العقاب الذي قد يحصل عليه من الآخرين بسبب سلوكه المؤذي هذا دليلاً على أنهم لا يحبونه، وهذا يعطيه المبرر لكي يثأر منهم. ويوصف هذا النوع من الأشخاص، أيضا، بأنه متمرد وغير مطيع (Mullins, et al., 1987). وتمثله الفقرات أرقام (٤٠،٤١،٤٢،٣٧،٣٨،٣٩).

٨- المؤذي:

ويمثل الشخص الذي يوصف بقيامه بسلوكيات مخربة تشبه السلوكيات التي يقوم بها المنتقم، بالإضافة إلى قيامه باستغلال الآخرين، ولكنه يختلف عن المنتقم بأنه لا يعطي سبباً أو مبرراً لسلوكه هذا مثل الانتقام، فالهدف من سلوكه هذا هو إيذاء الآخرين فقط (Wheeler, et al.,1991) وتمثله الفقرات أرقام (٤٣،٤٤،٤٥،٤٦،٤٧،٤٨).

٩. المذعن:

وهو الشخص المذعن والمطيع للآخرين بشكل سلبي. وهو يشبه الشخص الذي يحتــاج لأن يكون جيدا لدى موزاك (Wheeler, et al.,١٩٩١)، أي الشخص الذي يفضل العيش والالتزام بمعايير خلقية عالية جداً. وهو يعتقد أن الله سوف يسامحه على كل الآثام التي يرتكبها، في حين أن الله لا يسامح الآخرين، عادة، على مثل هذه الآثام (Mosak, ١٩٧٩). وتمثله الفقــرات أرقــام (٤٩،٥٠،٥١،٥٢،٥٣،٥٤).

ويجاب عن هذه الفقرات وفقاً لمقياس ليكرت على متصل يتراوح مابين ١(وتعني عــدم انطباق الفقرة بشكل كبير جدا على الفرد) إلى ٥ (وتعني انطباق الفقرة بشكل كبير جداً علــى الفرد). وقد وضعت هذه القائمة استناداً إلى تصنيف أدلر وموزاك لأساليب الحياة، واستناداً إلى

الدراسات التي أجريت حول أساليب الحياة. وهي القائمة التي استخدمت في هذه الدراسة للأسباب التالية:

١- اعتمد في بنائها على أشهر تصنيفات أساليب الحياة (تصنيف أدلر وتصنيف موزاك).

٢- تتمتع القائمة في صورتها الأجنبية بصدق وثبات مرتفعين يمكن الاعتماد عليهما.

٣- تقيس عدة أساليب حياة متنوعة وشاملة.

٤- شيوع استخدامها في الدراسات التي تناولت أساليب الحياة، فقد طبقت في الدراسات التي أجريت على الأزواج (Logan, et al., ١٩٩٣, Harrison،١٩٩٣)، وفي الدراسات التي أجريت على عينات إكلينيكية (Johnston,١٩٨٨ , Elson ,١٩٩١)، وفي الدراسات التي أجريت على العاملين في المؤسسات التنظيمية (Sauls,١٩٨٧,Ranft،١٩٩٢)، وفي الدراسات التي أجريت على الآباء والأمهات (Earles,١٩٨٢)، وفي الدراسات التي أجريت على عينات من المدمنين على الكحول والعقاقير (keen and wheeler,١٩٩٤, Boynton,١٩٨٩) وطبقت، أيضا، في الدراسات المعيارية (Wheeler1980, Mullis,١٩٨٤ ،Mullis, et al., 1987).Normative studies (as cited in kern, ٢٠٠٨).

٥- سهولة فهم فقراتها من أفراد العينة والإجابة عليها.

٦- عدد فقراتها قليل، وهي قصيرة أيضا؛ مما يجعل الوقت المستغرق لتطبيقها قصيراً، وهذا يحد من شعور المستجيب بالملل، وخصوصاً أنها تطبق بالإضافة إلى مقياس آخر.

٧- تعد القائمة الأساسية التي بني عليها العديد من مقاييس أساليب الحياة الأخرى فيما بعد.

خطوات إعداد القائمة في صورتها الأجنبية

ولإعداد القائمة قام ويلر وآخرون (Wheeler, et al., 1991) بإتباع الخطوات الآتية:

١- أخذ (٤٨) فقرة تصف أحداثاً حياتية مختلفة حدثت في مرحلة الطفولة من استبانة ويلر (Wheeler) للشخصية، ثم طبقت هذه الفقرات على (٧١٥) فرداً، ثم أجري تحليل عاملي بطريقة التحليل العاملي الأساسي، أتبع بتحليل المحاور المتعامدة، فنتج عن هذا التحليل أربعة عوامل رئيسة.

٢- في الخطوة الثانية كتبت فقرات أخرى تحت العوامل الأربعة السابقة التي أفرزها التحليل العاملي الأساسي، فأصبح العدد النهائي لفقرات القائمة (١٦٣) فقرة، ثم طلب من خمسة حكام ممن يعدون خبراء في علم النفس الفردي أن يعيدوا تصنيف هذه الفقرات تحت العوامل الأربعة

السابقة، وقد كانت نسبة الاتفاق بينهم على كل عامل من العوامل الأربعة (أساليب الحياة الأربعة) تراوح بين (٥٠% – ٨٢%) مما يشير إلى صدق بناء مرتفع للقائمة.

٣- في الخطوة الثالثة أجري تحليل عاملي تأكيدي أو تثبيتي (Confirmatory Factor Analysis)، ذلك عن طريق تطبيق القائمة على (١٠١٠) أفراد منهم (٦٥%) إناث و(٣٥%) ذكور، بمتوسط عمر قدره (٣٠) سنة، وكان ما نسبته (٥٥%) من أفراد العينة من المرحلة الثانوية والجامعية والماجستير، وحوالي (٧٠,٤%) من العاملين في مجالات مختلفة. وقد أفرز التحليل العاملي التأكيدي تسعة أساليب حياة. واعتبرت درجة العامل (Factor Coefficient) التي تساوي أو تزيد عن (0.25) ذات دلالة في تفسير العامل، ثم عرضت الفقرات على مختص لغوي ليقوم بمراجعة الفقرات ويعيد صياغتها؛ لتصبح القائمة ضمن القدرة القرائية للصف السادس الابتدائي.

٤- في الخطوة الرابعة، حسب صدق القائمة وثباتها:

أ- الصدق التمييزي

حسب الصدق التمييزي للقائمة بمقارنة متوسط الفقرات بين مجموعة من الطلبة في السنة الأولى من دراستهم الجامعية، مع متوسط الأمهات اللواتي لديهن أطفال يعانون من مشكلات نفسية والمراجعات للعيادة النفسية، وذلك باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة. وقد ميزت معظم الفقرات بين المجموعتين، مما يشير إلى تمتع القائمة بالصدق التمييزي.

ب- الثبات

حسب معامل ثبات ألفا لكل أسلوب من أساليب الحياة على عينة من الأسوياء، مما أظهر ثباتاً ممتازاً تراوح بين (0.82- ٠.٩٣). وحسب الثبات أيضا بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني مقداره شهر، فتراوحت القيمة ما بين (0.64 إلى 0.90).

خطوات تكييف القائمة الشخصية لأساليب الحياة (LSPI) في هذه الدراسة على البيئة العربية:

١- ترجمة القائمة إلى اللغة العربية.

٢- تم عرضها على مختص في اللغة العربية؛ للتأكد من دقة اللغة وسلامتها وسلاستها والتي صيغت بها فقرات القائمة.

٣-حساب الصدق والثبات:

١- الصدق: حسب صدق القائمة في هذه الدراسة بعدة طرق:

أ- الصدق المنطقي

حسب الصدق الظاهري للقائمة عن طريق عرضها في صورتها الأولية، انظر ملحق رقم (٣)، على عشرة محكمين مختصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس*، وطلب إليهم إبداء الرأي بمدى صلاحية وملائمة كل فقرة من فقرات القائمة، ومدى انتمائها للبعد الذي تقع ضمنه أو تقيسه، واقتراح أية تعديلات يرونها مناسبة. وقد بلغت نسبة الاتفاق بينهم على فقرات المقياس حوالي(٨٩%). واعتمد اتفاق ثمانية محكمين أو أكثر معياراً لقبول الفقرة. وبناء على آراء المحكمين، عدلت تسميات بعض أساليب الحياة: حيث اعتمدت تسمية أسلوب حياة الباحث عن الاستحسان بدلاً من المستغل السلبي، وتسمية أسلوب حياة الطفل المدلل بدلاً من الشخص الملتزم (النوع النشط)، وتسمية أسلوب حياة المنتقم بدلاً من الشخص المستغل (النوع النشط)، وتسمية أسلوب حياة المؤذي بدلاً من الشخص المستغل (النوع النشط) إيذاء الآخرين، وأجريت بعض التعديلات الطفيفة على صياغة بعض فقرات القائمة، انظر ملحق رقم (٣)، وملحق رقم (٤) لرؤية التعديلات.

ب. صدق البناء

وقد حسب صدق القائمة وثباتها عن طريق تطبيقها على عينة مكونة من (٤٠) مضطرباً نفسياً، منهم (١٧) ذكور و(٢٣) إناث بمتوسط عمر قدره (٢٦,٦) أخذوا من العيادة النفسية في مستشفى الجامعة الأردنية، ومن العيادة الاستشارية التابعة للمركز الوطني للصحة.

حسب صدق البناء للقائمة عن طريق حساب ارتباط كل فقرة مع البعد الذي تقع ضمنه، وقد كانت سائر الارتباطات ذات دلالة إحصائية، إذ تراوحت درجات ارتباط فقرات البعد المنتمي مع النتيجة الكلية على البعد ما بين (0.69 – 0.86)، وبين (0.49 - 0.75) لبعد الضحية، وبين (0.39 - 0.87) لبعد الباحث عن الاستحسان، وما بين (0.73 – 0.91) لبعد المتحكم، وبين (0.40 - 0.88) لبعد غير الكفؤ، وبين (0.55 - 0.90) لبعد المدلل، وبين (0.69 - 0.84) لبعد المنتقم، وبين (0.35- 0.85) لبعد المؤذي، وبين (0.62 – 0.82) لبعد المذعن. ويوضح جدول رقم (٢) معاملات الارتباطات هذه.

---

* أسماء المحكمين وفقاً للترتيب الأبجدي: د. احمد الشيخ ، د. اشرف القضاه ، د. عادل طنوس، د. فارس حلمي، د. فوزي طعيمه، د. محمد بني يونس، د. محمد شقيرات، د. مروان الزعبي، د. موسى جبريل، د. نزيه حمدي.

الجدول ٢. معاملات ارتباط فقرات القائمة مع البعد الذي تقع ضمنه

رقم البعد	اسم البعد	رقم الفقرة	درجة ارتباط الفقرة مع البعد الذي تقع ضمنه
1	المنتمي	١	0.82**
		٢	0.77**
		٣	0.69**
		٤	0.85**
		٥	0.77**
		٦	0.86**
٢	الضحية	٧	0.55**
		٨	0.52**
		٩	0.55**
		١٠	0.49**
		١١	0.75**
		١٢	0.54**
٣	الباحث عن الاستحسان	١٣	0.87**
		١٤	0.50**
		١٥	0.55**
		١٦	0.39**
		١٧	0.55**
		١٨	0.49**
٤	المتحكم	١٩	0.73**
		٢٠	0.84**
		٢١	0.91**
		٢٢	0.87**
		٢٣	0.82**
		٢٤	0.81**
٥	غير الكفؤ	٢٥	0.88**
		٢٦	0.80**
		٢٧	0.76**
		٢٨	0.40**
		٢٩	0.73**
		٣٠	0.82**
		٣١	0.72**
		٣٢	0.85**

٦	المدلل	٣٣	0.90**
		٣٤	0.86**
		٣٥	0.87**
		٣٦	0.55**
٧	المنتقم	٣٧	0.76**
		٣٨	0.72**
		٣٩	0.75**
		٤٠	0.84**
		٤١	0.69**
		٤٢	0.76**
٨	المؤذي	٤٣	0.67**
		٤٤	0.84**
		٤٥	0.85**
		٤٦	0.73**
		٤٧	0.59**
		٤٨	0.35**
٩	المذعن	٤٩	0.82**
		٥٠	0.75**
		٥١	0.70**
		٥٢	0.75**
		٥٣	0.80**
		٥٤	0.62**

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.01

وحسب نوع آخر من صدق البناء، وهو حساب درجات الارتباط المتبادلة بين أبعاد القائمة، وقد كانت معظم هذه الارتباطات إما سلبية أو ليست ذات دلالة إحصائية أو منخفضة، باستثناء ارتباط أسلوب الحياة المنتمي مع أسلوب الحياة المدلل (٠,٣٦)، ويمكن تفسير ذلك بوجود أبعاد مشتركة بين أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المدلل بأن كليهما يسعى للحصول على رضى المجتمع ومحبته. وارتبط أسلوب الحياة المتحكم مع أسلوب الحياة المنتقم (0.65)، ومع أسلوب الحياة المدلل (0.57)، ومع أسلوب الحياة المؤذي (٠,٤٦)، ويمكن تفسير ذلك بأن ثمة عناصر مشتركة بين هذه الأساليب، إذ تميل إلى تملك نزعة للسيطرة، والتفوق، واستغلال الآخرين. وارتبط بعد المدلل مع بعد المنتقم أيضا (0.43)، وارتبط بعد المؤذي مع بعد المنتقم

(0.46). ويمكن تفسير ذلك بأن الانتقام غالباً ما يرافقه الإيذاء، وأن أسلوب الحياة المدلل يهدف، أيضا، إلى استغلال الآخرين مما يؤدي إلى إيذائهم، ولكن بطريقة غير مباشرة، وهذا يعني أن أبعاد المقياس تقيس أبعاد مختلفة (أساليب حياة مختلفة) نوعاً ما، وليس بعداً واحداً. ويوضح جدول رقم (3) معاملات هذه الارتباطات.

الجدول ٣. معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للقائمة

اسم البعد	المنتمي	الضحية	الباحث عن	المتحكم	غيرالكفؤ	المدلل	المنتقم	المؤذي	المذعن
المنتمي	_	0.37*	−0.0.1	0.19	**−0.52	**0.36	0.07	*−0.26	−0.07
الضحية	−	−	0.08	0.15	0.08	0.17-	0.08	0.19	0.08
الباحث عن	−	−	−	*0.27	−0.16	0.14	*0.26	0.03	0.20
المتحكم	−	−	−	−	**0.46	**0.57	**0.65	**0.46	− ٠.05
غير الكفؤ	−	−	−	−	−	**−0.51	*−0.33	−٠.01	−0.05
المدلل	−	−	−	−	−	−	**0.43	0.17	−0.05
المنتقم	−	−	−	−	−	−	−	**0.46	−٠.25
المؤذي	−	−	−	−	−	−	−	−	**−0.53
المذعن	−	−	−	−	−	−	−	−	−

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.01
* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05

ج- الصدق العاملي

يهدف الصدق العاملي إلى استكشاف مدى استقلال الأبعاد الفرعية للمقياس، والتعرف على مدى تشبع الفقرات بالبعد الذي تنتمي إليه. وحسب التحليل العاملي للقائمة من خلال تطبيقها على العينة الكلية للدراسة (عينة الأسوياء وعينة المضطربين نفسياً، ن = ٢٢٠)، بطريقة المكونات الأساسية (Principle Component)، ثم اتبعت بطريقة تدوير المحاور المتعامدة (Varimax). فنتج عن هذا التحليل ثمانية عوامل، تنسجم مع الافتراض الذي بنيت عليه القائمة وهو وجود تسعة عوامل أو أساليب حياة. كما وتجاوزت القيمة النسبية لكل عامل من هذه العوامل الواحد صحيح، وقد فسرت هذه العوامل مجتمعة ما نسبته (٦٩,٦٣%) من التباين

الكلي. ويوضح جدول رقم (4) نتائج التحليل العاملي والمتمثلة بمعاملات تشبع الفقرات بالبعد الذي تقع ضمنه، مقتصراً على معاملات التشبع التي تزيد عن (٠,٣٠).

الجدول ٤. معاملات تشبع فقرات القائمة بالبعد الذي تقع ضمنه

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	درجة التشبع
العامل الأول: المنتمي		
رقم الفقرة	**محتوى الفقرة**	**درجة التشبع**
١	عندما كنتُ طفلاً كنت منسجماً بشكل جيد مع رفاقي	٠,٦٥
٢	عندما كنتُ طفلاً كنت أواجه صعوبةً في تكوين الأصدقاء	٠,٥١
٤	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أجد صعوبة في الشعور بأني عضو في جماعة ما	٠,٣٣
٥	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتجنبُ الاشتراك بأية مجموعة	٠,٤١
٦	عندما كنتُ طفلاً كنتُ منعزلاً	٠,٥١
١١	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بالخوف من والدَي	٠,٣٩
٢٧	عندما كنتُ طفلاً شعرتُ بالثقة بنفسي في كثير من المجالات	٠,٥٥
البعد الثاني: الضحية		
رقم الفقرة	**محتوى الفقرة**	**درجة التشبع**
٧	عندما كنتُ طفلاً كان أحد والدي غاضباً مني	٠,٤٣
٨	عندما كنتُ طفلاً كنت اعتقد أن أحد والدي كان لئيماً معي	٠,٤٣
٩	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أعاقب ظلماً	٠,٤٢
١٠	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأني محبوب من قبل والدَي	٠,٤٥
البعد الثالث: الباحث عن الاستحسان		
رقم الفقرة	**محتوى الفقرة**	**درجة التشبع**
١٣	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في أن أكون محبوباً	٠,٥٠
١٤	عندما كنتُ طفلاً كنت أهتم باستحسان البالغين لأفعالي	٠,٣٣
١٥	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في الحصول على محبة المعلم	٠,٥٥
١٦	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أفرح بالثناء الذي أحصل عليه عند القيام بعمل حسن	٠,٥٢
١٧	عندما كنتُ طفلاً كانت لدي حاجة ملحة للنجاح كي أشعر بأني مقبول من الأطفال الآخرين	٠,٤٥

البعد الرابع: المتحكم – المؤذي		
رقم الفقرة	محتوى الفقرة	درجة التشبع
٣	عندما كنتُ طفلاً لم أكن عضواً في أي جماعة	٠,٣٧
١٢	عندما كنتُ طفلاً كان أحد والدَي يعتقد بأن ليس هناك أي فائدة ترجى مني	٠,٣٤
١٨	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأني مقبول فقط عندما أكون ناجحاً	٠,٣٣
١٩	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتزعم الأطفال الآخرين	٠,٤٥
٢٠	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحبُ أن أملي على الآخرين ما يجب عليهم أن يفعلوه	٠,٤٥
٢١	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مسيطراً	٠,٥٢
٢٢	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في التحكم بالأطفال الآخرين	٠,٦٦
٢٣	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في أن أقرر ما يفعله الأطفال الآخرون	٠,٥٨
٢٤	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر أني أكثر قبولاً في الجماعة عندما أكون مسؤولاً	٠,٤٠
٣٦	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على ما أريد بطريقتي	٠,٤٧
٣٧	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في الانتقام من الذين آذوني	٠,٥٩
٣٩	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أنفذ مخططاتي للانتقام	٠,٦٧
٤٠	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أنتقم عندما أتعرّض للعقاب	٠,٦٢
٤٣	عندما كنتُ طفلاً كنتُ استمتع بمضايقة الحيوانات	٠,٥٢
٤٤	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بالفخر عندما أقوم بإيذاء الآخرين	٠,٧٠
٤٥	عندما كنتُ طفلاً كنتُ استمتع بمضايقة الأطفال الآخرين	٠,٦٩
٤٦	عندما كنتُ طفلاً لم أكن أمانع إيذاء الأطفال الآخرين	٠,٥٤
٤٧	عندما كنتُ طفلاً كنتُ غالباً ما أتعرض للنقد لقيامي بإيذاء الآخرين	٠,٥٥
البعد الخامس: غير الكفؤ		
رقم الفقرة	محتوى الفقرة	درجة التشبع
٢٥	عندما كنتُ طفلاً كنتُ بارعاً في الأنشطة التنافسية	٠,٣٥
٢٦	عندما كنتُ طفلاً فعلتُ أشياء كثيرةً جيدةً	٠,٤٧
٢٨	عندما كنتُ طفلاً لم أكن أرغب في محاولة القيام بعمل صعب	٠,٣٠
٣٠	عندما كنتُ طفلاً كنتُ انجح في معظم الأشياء التي حاولت القيام بها	٠,٣٠

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	درجة التشبع
البعد السادس: المدلل		
رقم الفقرة	**محتوى الفقرة**	**درجة التشبع**
٣١	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مدللاً إلى حد الإفساد	٠,٣٩
٣٢	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحصل على كل ما أريد في البيت	٠,٦٩
٣٣	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مدللاً في المنزل	٠,٧٣
٣٤	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على اهتمام خاص	٠,٧٤
٣٥	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على أكثر مما أستحق	٠,٥٤
البعد السابع: المنتقم		
رقم الفقرة	**محتوى الفقرة**	**درجة التشبع**
٢٩	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأنني قادر على عمل كل شيء بشكل أفضل من الأطفال الآخرين	٠,٣٦
٣٨	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أصر على الحصول على حقي	٠,٣٧
٤١	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أغضب إذا لم تسر الأمور كما أريد	٠,٤٥
٤٢	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتمرد عندما لا أحصل على ما أريد	٠,٤٩
البعد الثامن: المذعن		
رقم الفقرة	**محتوى الفقرة**	**درجة التشبع**
٤٨	عندما كنتُ طفلاً كنتُ حريصاً على احترام حقوق الآخرين في المدرسة	٠,٤٧
٤٩	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مطيعاً جداً	٠,٦٢
٥٠	عندما كنتُ طفلاً كنتُ متعاوناً جداً	٠,٦٢
٥١	عندما كنتُ طفلاً لم أكن مزعجاً لوالدي	٠,٥٠
٥٢	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحرص على إرضاء الكبار بدلاً من إزعاجهم	٠,٦٤
٥٣	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مؤدباً جداً	٠,٥٩
٥٤	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أساعد في أعمال البيت	٠,٤٥

- تدور الفقرات التي تشبعت بالعامل الأول في معظمها حول الانتماء الاجتماعي، باستثناء الفقرتين رقم (١١)، ورقم (٢٧) واللتان تنتميان في الأصل إلى أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ؛ ويفسر ورودها في عامل الانتماء الاجتماعي؛ لاحتوائها على

معنى قريب ومشابه لمفهوم الانتماء الاجتماعي. ويشمل هذا العامل الفقرات ذات الأرقـــام (١،٢،٤،٥،٦،١١،٢٧)؛ لذا سمي هذا العامل بالمنتمي.

- ويشمل العامل الثاني الفقرات التي تشبعت بأسلوب الحياة الضحية؛ لذلك سمي هذا العامـــل بالضحية، وهي الفقرات رقم (٧،٨،٩،١٠)، وهي تنتمي في الأصل إلى هذا الأسلوب.
- وتدور سائر الفقرات التي تشبعت بالعامل الثالث حـــول أســـلوب الحيـــاة الباحـــث عـــن الاستحسان؛ لذلك سمي هذا العامل بالباحث عن الاستحسان، وهي تنتمي في الأصل إلـــى هذا الأسلوب، وهي الفقرات ذات الأرقام (١٣،١٤،١٥،١٦،١٧).
- في حين جاءت الفقرات التي تشبعت بالعامل الرابع في معظمها مزيجا بين أسلوب الحيـــاة المتحكم وأسلوب الحياة المؤذي؛ لذلك سمي هذا العامل بالمتحكم – المؤذي، وهي الفقرات ذات الأرقـــام (١٨،١٢،١٩،٢٠،٢١،٢٢،٢٣،٢٤،٤٣،٤٤،٤٥،٤٦،٤٧،٣٦،٣٧،٣٩،٤٠،٣). وقد يفـــسر وقوع أسلوب الحياة المتحكم والمؤذي في عامل واحد لوجود ارتباط بين التحكم بـــالآخرين وإيذائهم.
- كما تدور سائر الفقرات التي تشبعت بالعامل الخامس حول أسلوب الحياة غير الكفؤ، لـــذا سمي هذا العامل بغير الكفؤ، وهي شبه مطابقة لما في أصل الاختبار، وهي الفقـــرات ذات الأرقام (٢٥،٢٦،٢٨،٣٠).
- في حين تدور الفقرات التي تشبعت بالعامل السادس حول أسلوب الحياة المدلل؛ لذا ســـمي هذا العامل بالمدلل، وهي شبه مطابقة لما في أصل القائمة، وهي الفقـــرات ذات الأرقـــام (٣١، ٣٢،،٣٥،٣٤،33).
- وجاءت معظم الفقرات التي تشبعت بالعامل السابع حول أسلوب الحياة المنتقم، لذا سمي هذا العامل بالمنتقم، وهي الفقرات ذات الأرقام (٢٩،٣٨،٤١،٤٢)، وهي مطابقة لأصل القائمة، إلا أنها احتوت على فقرة من أسلوب الحياة غير الكفؤ هي رقم (٢٩)؛ وربما يعود ذلك إلى وجود تشابه في المعنى بين هذه الفقرة وأسلوب الحياة المنتقم.
- وتدور الفقرات التي تشبعت بالعامل الثامن حول أسلوب الحياة المذعن؛ لـــذا ســـمي هـــذا العامل بالمذعن، وهي مشابها لما في أصل القائمة، باستثناء الفقرة (٤٨) من بعد المؤذي؛ وذلك لوجود تشابه كبير في المعنى بين محتوى هذه الفقرة وأسلوب الحياة المذعن، ويشمل الفقرات ذات الأرقام (٤٨،٤٩،٥٠،٥١،٥٢،٥٣،٥٤).

الثبات

أ. إعادة التطبيق

حسب ثبات القائمة باستخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة من الطلبة تكونت من (34) من المسجلين في مساق التعلم والمعرفة في قسم علم النفس في الجامعة الأردنية، وذلك بحساب درجة الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني بفاصل زمني مقداره (١٤) يوماً. وقد كانت سائر معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، ويوضح الجدول رقم (5) معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وقد تراوحت بين (0.42) لأسلوب الحياة المؤذي، و(٠.86) لأسلوب الحياة الضحية.

الجدول ٥. معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للقائمة

الرقم	اسم البعد	درجة الارتباط بين التطبيق الأول والثاني	معامل كرونباخ الفا
١	المنتمي	0.79**	0.87**
2	الضحية	0.86**	0.86**
3	الباحث عن الاستحسان	0.64**	0.80**
4	المتحكم	0.61**	0.91**
5	غير الكفؤ	0.64**	0.79**
6	المدلل	0.61**	0.93**
7	المنتقم	0.73**	0.82**
8	المؤذي	0.42**	0.95**
9	المذعن	0.83**	0.79**

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0. 01

ب. الاتساق الداخلي

حسب الاتساق الداخلي للقائمة باستخدام معادلة كروبناخ ألفا لأبعاد القائمة، والتي تراوحت بين (0.79) لكل من بعد المذعن وغير الكفؤ و(0.95) لبعد المؤذي، وجميعها معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01)، انظر جدول رقم (5).

تصحيح القائمة الشخصية لأساليب الحياة

يجاب على فقرات قائمة أساليب الحياة، وفقاً لمقياس ليكرت خماسي متدرج (يتراوح من ١(قليلاً جداً) وتعني عدم انطباق الفقرة على المستجيب بدرجة كبيرة جداً، إلى ٥ (كثيراً جداً) وتعني انطباق الفقرة على المستجيب بدرجة كبيرة جداً). وتصحح القائمة بإعطاء قيمة رقمية لكل بديل من البدائل كالآتي: قليلاً جداً:١، قليلاً: ٢، متوسطاً: ٣، كثيراً: ٤ ، كثيراً جداً: ٥. مع الأخذ بعين الاعتبار عكس الفقرات السلبية (ضمن البعد الذي تقع فيه) عند التصحيح، وهي الفقرات ذات الأرقام (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ١٠، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٤٨) وتعطى قليلاً جداً: ٥ ، وقليلاً: ٤ ، ومتوسطاً: ٣ ، وكثيراً: ٢، وكثيراً جداً: ١.

وتتراوح الدرجة النهائية على كل بعد من أبعاد القائمة ما بين (٦-٣٠) بمتوسط فرضي قدره (١٨)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى انطباق البعد على الفرد بدرجة كبيرة جداً، وتشير الدرجة المنخفضة إلى عدم انطباق البعد على الفرد بدرجة كبيرة جداً.

٢- قائمة الأعراض المعدلة Symptoms Check List 90 – Revised (SCL – 90 – R)

وضع هذه القائمة في الأصل ديروجتيس وآخرون .Derogatis, et al عام (١٩٧٥)، ثم صدرت عدة صور أو نسخ منها، نسخة عام (1994)، والتي قام البحيري (٢٠٠٥) بتعريبها وتكييفها إلى البيئة المصرية؛ لتكون مقياساً عاماً يستخدم مع الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن (١٣) عاماً؛ وذلك لإلقاء الضوء على الحالة النفسية عند الأفراد على نطاق واسع، متدرجاً من الأشخاص العاديين، ومروراً بالمرضى ذوي الأمراض العضوية، إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية. ولتستخدم، أيضا، في مجال البحث العلمي مثل: تقييم المعالجات النفسية والدوائية، وفي دراسات المقارنة. تتكون القائمة من (٩٠) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية، طورت عن طريق الأبحاث السيكومترية والإكلينيكية انظر ملحق رقم (٥). وتقدر كل عبارة في القائمة بمقياس تقدير خماسي يتراوح من عدم وجود معاناة أو شكوى إلى المعاناة المستمرة من العرض وبدرجة قصوى. وهذه العبارات موزعة على تسعة مقاييس إكلينيكية هي:

١. النفسجسمية (Somatization)

تعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الألم والضعف الناجمين عن مشاعر الاختلال الوظيفي للجسم، إذ تصف هذه العبارات ما يحدث في أعضاء الجسم التي تستثار بواسطة الجهاز

العصبي اللاإرادي كالمعدة، والشعب الهوائية في الرئتين، والجلد، والشرايين المتصلة بالقلب...الخ، وهي أعضاء بعيدة عن التحكم الإرادي. وتعكس هذه العبارات، أيضا، الصداع، وآلام الظهر، والألم والشعور بعدم الراحة في الجهاز العضلي، مثلها في ذلك مثل الأعراض الجسمية المماثلة للقلق، وتمثلها الفقرات ذات الأرقام (١، ٤، ١٢، ٢٧، ٤٠، ٤٢، ٤٨، ٤٩، ٥٢، ٥٣، ٥٦، ٥٨).

٢. الوسواس القهري (Obsessive Compulsive)

تعكس العبارات المكونة لهذا البعد السلوك الذي يتماثل بدرجة كبيرة مع التشخيص الإكلينيكي تحت هذا الاسم. ويركز هذا البعد على الأفكار، والدوافع القهرية، والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا تفتر أو تقاوم، وتبدو غريبة لذاته أو غير مرغوب بها. ويشمل هذا البعد، أيضا، السلوكيات التي تشير إلى صعوبات معرفية، مثل: اضطرابات التذكر، وخلو الذهن من أية أفكار، وصعوبة التركيز، وتمثله الفقرات أرقام (٣، ٩، ١٠، ٢٨، ٣٨، ٤٥، ٤٦، ٥١، ٥٥، ٦٥).

٣. الحساسية التفاعلية (الرهاب الاجتماعي) (Interpersonal Sensitivity)

تتركز الأعراض الأساسية في هذا البعد على مشاعر القصور، والإحساس بالنقص في حالة المقارنة مع الآخرين، ويتميز الأشخاص ذوو المستوى العالي من الحساسية التفاعلية بانخفاض تقدير الذات، والانزعاج، وعلامات الضيق في أثناء تفاعلهم مع الآخرين. وتمثله الفقرات ذات الأرقام (٦،٢١، ٣٤، ٣٦، ٣٧، ٤١، ٦١، ٦٩، ٧٣).

٤. الاكتئاب (Depression)

تعكس العبارات المصنفة تحت بعد الاكتئاب مدى واسعاً من الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب، كالمزاج البائس، وعلامات الانسحاب، وعدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، وفقدان الطاقة الحيوية، ومشاعر اليأس، ومشاعر عدم النفع، وملازمات الاكتئاب الأخرى: المعرفية والجسمية والأفكار الانتحارية. ويشمل هذا البعد الفقرات ذات الأرقام (٥، ١٤، ١٥، ٢٠، ٢٢، ٢٦، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٥٤، ٧١، ٧٩).

٥. القلق (Anxiety)

يشمل هذا البعد مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي، عادة، ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الناحية الإكلينيكية، مثل الشعور بالضيق، والتململ، والعصبية، والتوتر، بالإضافة إلى الأعراض الجسمانية كارتجاف الأطراف، ويضم هذا البعد، أيضا،

العبارات التي تشمل القلق، ونوبات الهلع، ومشاعر التشكيك. وتمثل هذا البعـد الفقـرات ذات الأرقام (٢، ١٧، ٢٣، ٣٣، ٣٩، ٥٧، ٧٢، ٧٨، ٨٠، ٨٦).

٦ . العدائية (Hostility)

لوحظ بطريقة ثابتة أن وجود الغضب وسلوك العداء يعدان محددان مهمين في القـرارات الإكلينيكية المختلفة، التي يتخذها الأطباء النفسيون بشأن المرضى المترددين علـى عيـاداتهم. وتقود هذه الحقيقة إلى استخلاص بعد العدائية باعتباره بعداً أساسياً في القائمة، ويشمل هذا البعد ثلاث فئات من سلوك العدوان، وهي: الأفكار، والمشاعر، والأفعال. وتخفي العبارات الرمزيـة مشاعر التبرم، ودوافع تحطيم الأشياء، مثل: المجادلات المستمرة، والثورات المزاجية التـي لا يمكن للفرد السيطرة عليها، وتمثل هذا البعد الفقرات ذات الأرقـام (١١، ٢٤، ٦٣، ٦٧، ٧٤، ٨١).

٧. المخاوف المرضية (Phobia)

تعكس المقاييس التي تمثل هذا البعد في الأصل الأعراض التي قد لوحظت على مدى بعيد في الحالات التي أطلق عليها اسم حالات قلق المخاوف (Phobic anxiety states) أو خـوف الأماكن الواسعة (Agoraphabia). ونجد في هذا البعد أن الخوف ذا الطبيعة المرضية يواجه عند السفر أو الوجود في الأماكن المفتوحة، أو في الزحام، أو في الأماكن العامـة، او وسـائل النقل. بالإضافة إلى ذلك، ثمة عدة عبارات تمثل سلوك الرهاب الاجتماعي. وتمثل هـذا البعـد الفقرات ذات الأرقام (١٣، ٢٥، ٤٧، ٥٠، ٧٥، ٨٢).

٨. البارانويا (Paranoia)

اشتق بعد البارانويا من الرأي القائل بأن سلوك البارانويا يدرس أفضل دراسة من خـلال مجموعة أعراض هذا الاضطراب . وقد تبنى المؤلفون الموقف الذي فضله سوانسون وآخرون (Swanson, et al.) والذي ينادي بأن ظاهرة البارانويا تعد نمطاً من التفكير. وبناء على ذلك، فقد صممت العبارات على أساس الأعراض الأساسية للتفكير التوهمي. ولقد وضـع سوانـسون وآخرون التفكير الإسقاطي، والعداء، والشك والارتياب، والمركزيـة، والـضلالات، وفقـدان الاستقلال الذاتي، والشعور بالعظمة، في القائمة الأساسية لأعراض البارانويـا. وقـد صـممت عبارات هذا البعد لتعكس هذه الصفات، وتمثله الفقرات ذات الأرقام (٨، ١٨، ٤٣، ٦٨، ٧٦، ٨٣).

٩. الذهانية (Psychoticism)

صمم بعد الذهانية في القائمة الحالية عن طريق ملاحظة السلوك الذهاني لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية، ومن التحليل الشامل لسلوك هؤلاء المرضى، واشتملت الطريقة التي اتبعت في بناء هذا المقياس على استخلاص عينة من سلوك الفصاميين ذات الأهمية في تشخيص الذهانية، ومن الأعراض المهمة المأخوذة في الاعتبار: الهلوسات السمعية، وإذاعة الأفكار (Broadcasting thought)، والتحكم الخارجي في الأفكار (external thought insertion)، بالإضافة إلى ذلك، هناك علامات أخرى ممثلة في المقياس ولكنها تعد أقل تحديداً للسلوك الذهاني كنمط الحياة الخاص بالفصاميين. وتمثل هذا البعد الفقرات ذات الأرقام (٧، ١٦، ٣٥، ٦٢، ٧٧، ٨٨، ٩٠).

وتقيس القائمة بالإضافة إلى الأبعاد التسعة سابقة الذكر ثلاثة مؤشرات عامة خاصة بالاستغاثة (Global indices of distress)، حيث طورت وأضيفت إلى أبعاد القائمة؛ لتعطي مرونة أكبر في التقييم الإكلينيكي الكلي لحالة المسترشد النفسية، وهي تعكس جوانب مميزة من الاضطراب النفسي، ولا توجد فقرات محددة تقيسها وهي:

١. مؤشر الشدة العام (Global Severity Index (GSI

٢. مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر Positive symptoms distress index (PSDI)

٣. المجموع الكلي للأعراض الإيجابية (Positive symptoms total (PST

ووظيفة هذه المؤشرات العامة إيضاح مستوى الاضطراب النفسي أو عمقه لدى الفرد، عن طريق إعطاء درجة رقمية واحدة. ويقوم كل مؤشر بذلك بطريقة مختلفة نوعاً ما، ويعكس جوانب مختلفة من الاضطراب النفسي. ويمثل مؤشر الشدة العام (GSI) أفضل مؤشر فردي على المستوى أو العمق الحالي للاضطراب، ويجب أن يستخدم هذا المؤشر في معظم الحالات التي تتطلب قياساً موجزاً واحداً. ويضم مؤشر الشدة العام معلومات عن عدد الأعراض، وشدة الخطر المدرك من قبل المستجيب. أما مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) فهو مقياس شدة خالص (Pure intensity measure) وهو يعمل كمقياس لنوعية الاستجابة وأسلوبها أثناء الاتصال مع الآخرين، سواء كان لدى المريض أعراض شديدة أو بسيطة منذرة بالخطر. أما مؤشر المجموع الكلي للأعراض الإيجابية (PST) فهو عبارة عن حصر للأعراض التي يبديها المريض كأعراض إيجابية، أي التي يعاني منها المريض بأية درجة، وعندما يستخدم مؤشر المجموع الكلي للأعراض بطريقة شكلية مع مؤشر الشدة العام (GSI) يمكن أن تصبح

المعلومات الخاصة بأسلوب الاستجابة، وعدد الأعراض المصدق عليها مهمة في تقدير الصورة الإكلينيكية.

وتحتوي القائمة على سبع عبارات إضافية لا تصنف تحت أي بعد من الأبعاد التسعة الأساسية، ولكن يمكن وضعها تحت أي بعد. وهي تستخدم بطريقة شكلية، ولكنها تعد مؤشراً إكلينيكياً مهماً يمد المرشد النفسي بمعلومات مهمة إذا أخذت مع نتيجة الفرد على أي بعد من الأبعاد التسعة، ولا تحسب العبارات الإضافية بالجمع كبعد معين، ولكنها تجمع على الدرجة الكلية للقائمة فقط. وهي الفقرات ذات الأرقام (٨٩،٥٩،٦٦،٦٤،٤٤،٦٠،١٩).

تقنين القائمة على البيئة العربية

قنن البحيري (2005) هذه القائمة على عينة من الأسوياء والمرضى من المجتمع المصري، واشتملت عينة الأسوياء على (٧٠١) طالب (منهم ٣٤٩ ذكور و ٣٥٢ إناث) من المراحل الإعدادية، والثانوية، والجامعية، والدراسات العليا في محافظة أسيوط، تتراوح أعمارهم بين (١٣ – ٢٧) عاماً بمتوسط عمر(١٧,٤)، وانحراف معياري (٣,٢٤). واشتملت عينة المضطربين نفسياً على (١٥٨) فرداً منهم (٩٢ ذكور و ٦٦ إناث) من أقسام الطب النفسي بالمستشفيات الجامعية بأسيوط، والمنيا، وسوهاج. وقد تراوحت أعمارهم بين (١٥ – ٧٠) عاماً، شخصوا طبقاً للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM –IV)، ويوضح الجدول رقم (6) القائمة التشخيصية لعينة المضطربين نفسياً.

الجدول ٦. القائمة التشخيصية لعينة المضطربين نفسياً

رقم المجموعة	عدد المضطربين نفسياً	التشخيص
١	٥٣	الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى
٢	٨٧	اضطرابات المزاج
٣	٦	اضطرابات القلق
٤	٦	اضطرابات تعزى إلى تعاطي عقار مخدر أو عقار طبي
٥	٢	اضطرابات تشخص لأول مرة في الطفولة والمراهقة
٦	٤	الاضطرابات جسدية الشكل

١. صدق القائمة

أ. الصورة الأجنبية

حسب صدق القائمة عن طريق تطبيقها على عينة مكونة من (1425) مضطرباً نفسياً و (1780) سوياً وذلك بطريقتين:

١- الصدق التمييزي: إذ أظهر سائر أبعاد القائمة قدرة على التمييز بين المرضى والأسوياء.

٢- صدق البناء: وتراوحت معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة وفقراتها بين (٠,٢٦ – ٠,٧٨).

ب. الصورة العربية

حسب صدق القائمة بعدة طرق:

١. صدق المحتوى

كان الهدف من إجراء هذا النوع من الصدق معرفة مدى تمثيل الأعراض للبعد الذي تنتمي إليه، وللتحقق من هذا الهدف قام البحيري (٢٠٠٥) بمعاونة بعض الأطباء النفسيين بدراسة كيفية تمثيل الأعراض للبعد الذي تقع ضمنه، وذلك في ضوء معايير الدليل التشخيصي الرابع (DSM – IV)، واتضح تمثيل كل مجموعة من الأعراض للبعد الذي تقع ضمنه.

٢. الصدق التلازمي

حسب الصدق التلازمي للقائمة مع اختبار سمة القلق للكبار (البحيري، ١٩٨٤) على عينة مكونة من (٩٦) طالباً تتراوح أعمارهم بين (١٣ – ٢٠) سنة. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٢١ – ٠,٤٧). ويوضح جدول رقم (7) معاملات ارتباط أبعاد القائمة مع سمة القلق.

الجدول ٧. معاملات ارتباط أبعاد قائمة الأعراض المعدلة مع سمة القلق

أبعاد القائمة	الأعراض الجسمانية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العدائية	المخاوف المرضية	البارانويا	الذهانية
معامل الارتباط	0.34**	0.35**	0.32**	0.47**	0.42**	0.40**	0.21*	0.41**	0.49**

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0. 01

* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 05. ٠

وقام الباحث بحساب معامل الارتباط بين الأبعاد المختلفة للقائمة، واستبيان تقدير الشخصية (سلامة، ١٩٨٨). ويوضح جدول رقم (8) قيمة هذه الارتباطات.

الجدول ٨. معاملات ارتباط قائمة الأعراض المعدلة مع استبيان تقدير الشخصية

القائمة / الشخصية	الأعراض النفسجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العدائية	المخاوف المرضية	البارانويا	الذهانية
العدوانية	0.18	0.31*	0.22	0.27	0.33*	0.55**	0.20	0.30*	0.36*
الاعتمادية	0.10	0.08	0.04	0.01-	0.20	0.18-	0.17	0.20	0.20
تقدير الذات	0.48**	0.55**	0.53**	0.62**	0.58**	0.39**	0.32**	0.51**	0.43**
الكفاية الشخصية	0.46**	0.53**	0.53**	0.60**	0.63**	0.39**	0.47**	0.44**	0.46**
التجاوب الانفعالي	0.38**	0.46**	0.47**	0.46**	0.33**	0.47**	0.32**	0.48**	0.36**
الثبات الانفعالي	0.57**	0.55**	0.57**	0.56**	0.68**	0.49**	0.48**	0.39**	0.60**
النظرة للحياة	0.35**	0.49**	0.46**	0.35**	0.41**	0.38**	0.27	0.31*	0.32*

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0. 01

* عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.05

3. الصدق التميزي

للتأكد من تمييز أعراض القائمة بين الأسوياء والمرضى، قام البحيري (2005) بحساب الفروق بين عينة المرضى وعينة الأسوياء. واتضحت قدرة قائمة الأعراض المعدلة على التمييز بين الأسوياء والمرضى عند مستوى دلالة إحصائية (٠,٠١).

وفي الدراسة الحالية، قام الباحث بحساب صدق البناء للقائمة على عينة مكونة من (٤٠) فرداً من المراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الجامعة الأردنية، والعيادة الاستشارية التابعة للمركز الوطني للصحة النفسية، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين الفقرة والبعد الذي تقع ضمنه، وقد كانت جميعها ارتباطات ذات دلالة إحصائية، ويوضح جدول رقم (9) درجات هذه الارتباطات.

الجدول ٩. معاملات ارتباط الفقرة مع البعد الذي تقع ضمنه في قائمة الأعراض المعدلة

اسم البعد	رقم الفقرة	درجة الارتباط مع النتيجة الكلية على البعد
النفسجسمية	1	0.46**
	4	0.57**
	١٢	0.78**
	27	0.66**
	40	0.69**
	42	0.75**
	48	0.43**
	49	0.65**
	52	0.80**
	53	0.76**
	56	0.60**
	58	0.63**
الوسواس القهري	٣	0.46**
	٩	0.58**
	١٠	0.66**
	٢٨	0.49**
	٣٨	0.52**
	٤٥	0.51**
	٤٦	0.56**
	٥١	0.63**
	٥٥	0.59**
	٦٥	0.73**
	٦	0.63**
	٢١	0.57**
	٣٤	0.53**

0.55**	٣٦	الحساسية التفاعلية
0.62**	٣٧	
0.72**	٤١	
0.46**	٦١	
0.47**	٦٩	
0.40**	٧٣	
0.15**	٥	
0.59**	١٤	
0.48**	١٥	
0.45**	٢٠	
0.71**	٢٢	
0.60**	٢٦	الاكتئاب
0.69**	٢٩	
0.41**	٣٠	
0.60**	٣١	
0.49**	٣٢	
0.64**	٥٤	
0.51**	٧١	
0.53**	٧٩	
0.54**	٢	
0.61**	١٧	
0.59**	٢٣	
0.21**	٣٣	القلق
0.55**	٣٩	
0.47**	٥٧	
0.61**	٧٢	
0.63**	٧٨	
0.58**	٨٠	
0.66**	٨٦	
0.27	١١	
0.58**	٢٤	
0.76**	٦٣	العدائية

	٦٧	0.70**
	٧٤	0.60**
	٨١	0.58**
المخاوف المرضية	١٣	0.60**
	٢٥	0.56**
	٤٧	0.68**
	٥٠	0.74**
	٧٠	0.65**
	٧٥	0.64**
	٨٢	0.65**
البارانويا	٨	0.59**
	١٨	0.47**
	٤٣	0.65**
	٦٨	0.44**
	٧٦	0.66**
	٨٣	0.71**
الذهانية	٧	0.51**
	١٦	0.59**
	٣٥	0.50**
	٦٢	0.50**
	٧٧	0.50**
	٨٤	0.56**
	٨٥	0.50**
	٨٧	0.71**
	٨٨	0.43**
	٩٠	0.55**

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من٠,٠١

٢ – الثبات

أ. ثبات القائمة في الصورة الأجنبية

تراوح معامل الثبات باستخدام معامل كروبناخ ألفا ما بين (0.77) للذهانية، وما بين (0.90) للاكتئاب. وتراوح معامل ثبات القائمة بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني قدره أسبوع ما بين (0.80 – 0.90).

ب. الصورة العربية

قام البحيري (٢٠٠٥) بحساب ثبات القائمة بإعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني قدره (21) يوماً، على عينة من (١٠١) طالباً (٣١ ذكور، ٧٠ إناث)، وتراوحت أعمارهم بين (١٤ – ٢٣) سنة بمتوسط (١٦,٩) سنة، وانحراف معياري قدره (٢,٧٢).

و يوضح الجدول رقم (10) معاملات ثبات القائمة.

الجدول ١٠. معاملات ثبات قائمة الأعراض المعدلة بإعادة تطبيق الاختبار

القائمة	الأعراض النفسجمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العدائية	المخاوف المرضية	البارانويا التحليلية	الذهانية
معامل الارتباط	٠.56**	٠.48**	٠.48**	٠.51**	٠.65**	٠.46**	٠.55**	٠.42**	٠.62**

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.01

وفـــي الدراســـة الحالية، حسب ثبات القائمة باستخدام معامل كروبناخ ألفا، وذلك على عينة مـــن المـــضطربين نفسياً وعددهم (٤٠)، اخذوا من العيادة الاستشارية التابعة للمركز الوطني للصحة النفسية، ومن العيادة النفسية في مستشفى الجامعة الاردنية، وهي جميعـــاً معـــاملات مرتفعـــة وذات دلالـــة إحصائية. ويوضح الجدول رقم (11) قيمة معاملات ألفا.

الجدول ١١. قيمة معاملات ألفا لأبعاد قائمة الأعراض المعدلة

اسم البعد	معامل كروبناخ ألفا
١. النفسجسمية	0.87**
٢. الوسواس القهري	0.77**
٣. الحساسية التفاعلية	0.70**
٤. الاكتئاب	0.78**
٥. القلق	0.74**
٦. العدائية	0.61**

0.76**	٧. المخاوف المرضية
0.62**	٨. البارانويا
0.61**	٩. الذهانية

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.01

تفسير وتصحيح قائمة الأعراض المعدلة

بعد التأكد من إكمال المفحوص الإجابة عن سائر الأسئلة الموجودة في ورقة الأسئلة، بوضع دائرة واحدة حول أحد الاختيارات الخمسة الموجودة أمام كل عبارة، يتم تصحيح كل مقياس فرعي من القائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بذلك المقياس، ويتم التصحيح بجمع الدرجات التي وضعت داخل الدائرة، وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من (صفر إلى ٤) درجات. وفيما يلي توضيح لمعنى هذه الأوزان:

مطلقاً (٠) لا توجد معاناة، من العرض بتاتاً.

نادراً (١) بعض المعاناة ولكنها منتظمة بدرجة قليلة.

أحياناً (٢) معاناة على فترات منتظمة إلى حد ما، بدرجة خفيفة أو متوسطة.

كثيراً (٣) معاناة على فترات منتظمة، وبدرجة أكثر من المتوسط.

دائماً (٤) معاناة مستمرة، وبدرجة قصوى.

وتتراوح الدرجة التي قد يحصل عليها الفرد على كل بعد من أبعاد القائمة كما يلي:

١- الأعراض النفسجسمية ما بين (٠ – ٤٨).

٢- الوسواس القهري ما بين (٠ – ٤٠).

٣- الحساسية التفاعلية ما بين(٠ – ٣٦).

٤- الاكتئاب ما بين (٠ – ٥٢).

٥- القلق ما بين (٠ – ٤٠).

٦- العدائية ما بين (٠ – ٢٤).

٧- المخاوف المرضية ما بين (٠ – ٢٨).

٨- البارانويا التخيلية ما بين (٠ – ٢٤).

٩- الذهانية ما بين (٠ – ٤٠).

وتشير الدرجة المنخفضة إلى عدم انطباق البعد على الفرد بدرجة كبيرة جداً، وتشير الدرجة المرتفعة إلى انطباقه عليه بدرجة كبيرة جداً (البحيري، ٢٠٠٥).

إجراءات الدراسة

١- تم الحصول على الكتب الرسمية من رئاسة الجامعة، بخصوص تسهيل مهمة جمع المعلومات في كل من العيادة النفسية التابعة لمستشفى الجامعة الأردنية، والمركز الوطني للصحة النفسية، والعيادة الاستشارية التابعة للمركز الوطني (عيادة شيحان)، انظر ملحق رقم (١).

٢- قبل البدء بجمع البيانات، طبقت القائمة على عشرة مراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الجامعة الأردنية؛ للتأكد من وضوح الفقرات للمضطربين نفسياً؛ ولحساب الوقت اللازم للإجابة عن أدوات الدراسة، والذي تراوح بين (١٥- ٢٠) دقيقة.

٣- جمعت المعلومات في الفترة الممتدة من شهر نيسان حتى نهاية شهر تموز من عام (٢٠٠٩)، وكان يطلب الباحث إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو الباحث الاجتماعي: تحديد المضطربين نفسياً القادرين على التواصل مع الباحث، والقادرين على فهم أدوات الدراسة، ثم وزعت أدوات الدراسة على شكل بطارية اختبارات، بالإضافة إلى جمع البيانات الديمغرافية أنظر ملحق رقم (٢)، وبشكل فردي؛ للإجابة عن أي سؤال، أو استفسار يتعلق بأدوات الدراسة، وبترتيبين مختلفين؛ للتخلص من تأثير ترتيب أدوات

الدراسة على استجابة الفرد. وطبقت أدوات الدراسة، أيضا، على عينة من الأسوياء الزائرين للأقسام المذكورة من أقرباء المضطربين نفسياً وأصدقائهم.

٤- القيام بالمزاوجة التقريبية بين عينة الأسوياء، وعينة المضطربين نفسياً وفقاً للعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والدخل الشهري، حيث وضعت كل استبانة من استبيانات المضطربين نفسياً مع ما يشابهها قدر الإمكان من عينة الأسوياء في المتغيرات الأربعة المذكورة مسبقاً في أزواج، إذ يحتوي كل زوج على استبانتين: إحداهما لمضطرب نفسي، والأخرى لشخص سوي.

٥- ثم قسمت أساليب الحياة قسمت أساليب الحياة إلى خمس مجموعات اعتماداً على التقسيم الذي بنيت عليه القائمة الشخصية لأساليب الحياة (LSPI) المستخدمة في هذه الدراسة، إذ تكونت المجموعة الأولى من (أسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة غير الكفؤ)، وتكونت المجموعة الثانية من (أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان)، وتكونت المجموعة الثالثة من (أسلوب الحياة المنتمي)، وتكونت المجموعة الرابعة من (أسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم)، وتكونت المجموعة الخامسة من (أسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل)؛ وذلك لعدم تنبؤ أساليب الحياة منفردة بالاضطرابات النفسية، اذ يمتلك كل فرد أكثر من اسلوب حياة في آن واحد تشكل معاً نمط له، وبالتالي تم تقسيمه الى خمسة مجموعات.

٦- ثم ادخالت البيانات إلى الحاسوب، وتحليلها باستخدام الإحصاء المناسب بالاستعانة بالرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS)؛ للخروج بنتائج الدراسة.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية

تعد هذه الدراسة دراسية وصفية ارتباطية، تهدف إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة والإصابة باضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والاضطرابات النفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والذهانية، والبارانويا. وإلى معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في كل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. ولتحقيق أهداف هذه الدراسة، استخدمت المعالجات الإحصائية التالية:

١- حساب المتوسطات، والانحرافات المعيارية للمضطربين نفسياً، وللأسوياء على كل أسلوب من أساليب الحياة، ثم إجراء اختبار (ت) للمقارنة بين الفئتين.

٢- حساب معامل ارتباط بيرسون؛ لمعرفة درجة الارتباط بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية.

٣- إجراء تحليل الانحدار المتعدد – بطريقة الانحدار المتعدد التتابعية (Sequential multiple regression)؛ لحساب مقدار التباين الذي تفسره أساليب الحياة منفردة ومجتمعة في كل اضطراب من الاضطرابات النفسية المذكورة مسبقاً.

الفصل الرابع

النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة وكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وهدفت إلى معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في كل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة حسب الأسئلة التي اهتمت بها:

السؤال الأول: ما هي أساليب الحياة الشائعة لدى الأسوياء؟

للإجابة عن هذا السؤال، حسب المتوسط والانحراف المعياري لعينة الأسوياء على كل أسلوب من أساليب الحياة، انظر جدول رقم (١٢)، علماً بأن الدرجة الكلية عن كل أسلوب من أساليب الحياة وفقاً لمقياس أساليب الحياة تتراوح ما بين (٦-٣٠) بمتوسط فرضي قدره (١٨). وتعني الدرجة المنخفضة على أسلوب الحياة عدم انطباق أسلوب الحياة على الفرد، وتعني الدرجة المرتفعة انطباق أسلوب الحياة بدرجة كبيرة جداً على الفرد.

يلاحظ من جدول رقم (١٢) وقوع أسلوب الحياة المذعن في المرتبة الأولى حسب الشيوع لدى الأسوياء، في حين جاء أسلوب الحياة المنتمي في المرتبة الثانية، وجاء أسلوب حياة الباحث عن الاستحسان في المرتبة الثالثة.

في حين انخفضت متوسطات مجموعة الأسوياء عن المتوسط الفرضي على كل من أسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المدلل، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة المؤذي.

أي أن عينة الأسوياء تتميز بارتفاع على كل من أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث على الاستحسان. وتتميز، أيضاً، بانخفاض على كل من أسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المدلل، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة المؤذي.

الجدول ١٢. المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لأساليب الحياة لكل من عينة الأسوياء وعينة المضطربين نفسيا

الرقم	أسلوب الحياة	المضطربين النفسيون		الأسوياء		قيمة ت
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
١	المنتمي	٢٢,٢٠	٥,٢٠	٢٣,٣٧	٥,٢٥	-1.65
٢	الضحية	١٥,١٧	٦,٢٠	١١,٠١	٣,٢٣	٥,٩٣**
٣	الباحث عن الاستحسان	٢٢,٩٦	٥,١٠	٢٢,٢	٤,١١	1.19
٤	المتحكم	١٥,٥٤	٦,٧٨	١٦,٨٨	٥,٨٤	-.156
٥	غير الكفؤ	١٥,٥٥	٤,٥٠	١٥,٦٩	٦,٢٦	-.١٨٥
٦	المدلل	١٥,٣٣	٥,٨٩	1٥,٠٨	٥,٤١	.٣٣٤
٧	المنتقم	١٥,٥٢	٥,٦٨	١٥,٢٠	٤,٩٨	.٤٤١
٨	المؤذي	١١,٢٦	٤,٩٤	١٠,٨٢	٤,١٧	.٧٠٧
٩	المذعن	٢٢,٦٠	٥,٧١	٢٣,٦٤	٤,٢٦	-١,٥٢

** عند مستوى دلالة إحصائية أقل من 0.01

السؤال الثاني: ما هي أساليب الحياة الشائعة لدى المضطربين نفسياً؟

للإجابة عن هذا السؤال، حسبت المتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة المضطربين نفسياً على كل أسلوب من أساليب الحياة. فجاء أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان في المرتبة الأولى من حيث الشيوع، وجاء أسلوب الحياة المذعن في المرتبة الثانية، وجاء أسلوب الحياة المنتمي في المرتبة الثالثة.

كما وانخفضت متوسطات المضطرين نفسياً عن المتوسط الفرضي على كل من أسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المدلل، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة المؤذي.

وهذا يعني أن مجموعة المضطربين نفسياً تتميز بارتفاع دراجاتها على أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المنتمي، وتتميز بانخفاض دراجاتها على كل من أسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المدلل، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة المؤذي، انظر الجدول رقم (١٢).

السؤال الثالث: هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمضطربين نفسياً في أساليب الحياة؟

للإجابة عن هذا السؤال اجري اختبار (ت)، فلم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الأسوياء وعينة المضطربين نفسياً في أساليب الحياة، باستثناء أسلوب الحياة الضحية. فقد بلغت قيمة (ت) (٥,٩٣)، وهي ذات دلالة إحصائية عند (٠,٠١)، أي أن الفرق بين الأسوياء والمضطربين نفسياً في أسلوب الحياة الضحية ذو دلالة إحصائية لصالح المضطربين نفسياً، وهذا يعني أن المضطربين نفسياً يمتازون بارتفاع درجاتهم على أسلوب الحياة الضحية مقارنة بالأسوياء.

السؤال الرابع: هل هناك علاقة بين أساليب الحياة واضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية؟

للإجابة عن هذا السؤال حسب معامل ارتباط بيرسون بين كل أسلوب من أساليب الحياة والاضطرابات النفسية المذكورة، ويوضح الجدول رقم (١٣) قيمة هذه الارتباطات.

الجدول ١٣. معاملات الارتباط بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية

أساليب الحياة	الاضطرابات النفسية								
	النفسجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العدائية	المخاوف المرضية	البارانويا	الذهانية
المنتمي	-٠,١٥	0.41 -**	0.35 -**	-0.33 **	0.30 - **	0.١٨ -	-٠.٠١٨	-0.٢١ *	-0.30**
الضحية	.٠٥٦	*0.٢٢	0.١٤	0.٨٠ **	0.٠٩	0.15	0.15	0.٢٤ *	0.١٦
الباحث عن الاستحسان	0.١٢	0.٣٣ **	0.٣٨ **	0.٣٨ **	**0.٣٨	0.٢٦ **	0.٣٦ **	**0 .٤٠	0.٤٠ **
المتحكم	0.٠٧	0.١٧	0.١٥	0.١٩ *	0.٢٤ *	0.١١	0.٢٨ **	0.١٣	0.٢٦ **
غير الكفؤ	0.٠٢	0.06	0.٠٣	0.٠٥	0.٠١	-0.٠٣	- 0.٠١	0.١٣ -	0.٠٩
المدلل	.008	.٠٨	.٠٥	-0.٠٧	0.٠٤	0.١٠	0.١٦	0.١٤	0.١١
المنتقم	0.14 -	0.١٩ *	0.٠٣	0.٠٣	0.١٠	0.08	0.٠٣	0.١٥	0.١٨
المؤذي	0.٢٢ *	0.٢٥ **	0.١٩ *	0.٢١ *	0.٣٩ **	0.٣٦ **	0.٢٧ **	0.٣١ **	0.٣٢ **
المذعن	0.٠٧	0.١٠	0.٠٣	0.١٠	-0.٠٣	0.٠١ -	0.٠٢	0.٠٥	0.٠٦

*عند مستوى دلالة إحصائية أقل من ٠,٠١

**عند مستوى دلالة إحصائية أقل من ٠,٠٥

ويتبين من الجدول رقم (١٣) ما يلي:

١- يرتبط أسلوب الحياة المنتمي ارتباطاً سلبياً ذا دلالة إحصائية مع الوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والبارانويا، والذهانية.

٢- يرتبط أسلوب الحياة الضحية ارتباطاً ذا دلالة إحصائية مع الاكتئاب، والوسواس القهري، والبارانويا.

٣- يرتبط أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان ارتباطاً إيجابياً ذا دلالة إحصائية مع الوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية.

٤- يرتبط أسلوب الحياة المتحكم ارتباطاً إيجابياً ذا دلالة إحصائية مع الاكتئاب، والقلق، والمخاوف المرضية، والذهانية.

٥- يرتبط أسلوب الحياة المنتقم ارتباطاً إيجابياً ذا دلالة إحصائية مع الوسواس القهري فقط.

٦- يرتبط أسلوب الحياة المؤذي ارتباطاً ايجابياً ذا دلالة إحصائية بكل من النفسجسمية، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والاكتئاب، والقلق، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية.

٧- لا يرتبط أسلوب الحياة المدلل وأسلوب الحياة المذعن ارتباطاً ذا دلالة إحصائية مع القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية.

السؤال الخامس: ما درجة إسهام أساليب الحياة في تفسير التباين في كل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية؟

للإجابة عن هذا السؤال استخدم تحليل الانحدار المتعدد؛ لحساب نسبة ما تفسره أساليب الحياة في الاضطرابات النفسية المذكورة، وقد تم ذلك بخطوتين:

الخطوة الأولى: أجري تحليل الانحدار المتعدد – بطريقة الانحدار المتعدد التتابعية (Sequential multiple regression) بين أساليب الحياة مجتمعة، وكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية.

الخطوة الثانية: قسمت أساليب الحياة إلى خمس مجموعات اعتماداً على التقسيم الذي بنيت عليه القائمة الشخصية لأساليب الحياة (LSPI) المستخدمة في هذه الدراسة، إذ تكونت المجموعة الأولى من (أسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة غير الكفؤ)، وتكونت المجموعة الثانية من (أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان)، وتكونت المجموعة الثالثة من (أسلوب الحياة المنتمي)، وتكونت المجموعة الرابعة من (أسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم)، وتكونت المجموعة الخامسة من (أسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل)، ثم حسب تحليل الانحدار المتدرج لهذه المجموعات الخمسة من أساليب الحياة مع كل اضطراب من الاضطرابات النفسية المذكورة، أنظر جدول رقم (١٤) وسنبدأ بتناولها واحداً تلو الأخر ابتداء بالقلق.

الجدول ١٤. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالقلق

المتغير المستقبل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٦٣	0.٣٩٦	0.٣٤٢	٧,٢٨	.٠٠٠
م٢. المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٤٠	0.١٥٨	0.١٤٢	١٠,٠٢	.٠٠٠
م٣. المنتمي	0.٢٩	0.٠٨٥	0.٠٧٦	٩,٩٨	.٠٠٢
م٤. المنتقم والمؤذي	0.٤٢	0.١٧٧	0.١٦٢	١١,٥٢	.٠٠٠

يلاحظ من الجدول (١٤) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً لكل من المتغيرات التالية: أساليب الحياة مجتمعة، وأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان معاً، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي معاً، إذ بلغت (٧,٢٨) و (١٠,٠٢) و (٩,٩٨) و (١١,٥٢) على التوالي، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، أي أن هذه المتغيرات لها قدرة تفسيرية في القلق، فقد بلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة (٣٤,٢%) من تباين القلق، أما أسلوبا الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان فقد بلغت القدرة التفسيرية لهما معاً (١٤,٢%) من تباين القلق، في حين بلغت القدرة التفسيرية لأسلوب الحياة المنتمي (٧,٦%) من تباين القلق، وبلغت القدرة التفسيرية لأسلوبي الحياة المنتقم والمؤذي (١٦,٢%) من تباين القلق. أي أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي تفسر ما قيمته (٣٨%) من التباين في القلق. أما أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل، فلم تظهر لهم قدرة تفسيرية دالة إحصائياً للتباين في القلق. أما الآن فسوف نتناول قدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالاكتئاب، أنظر جدول رقم (١٥).

الجدول ١٥. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالاكتئاب

المتغير المستقل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٥٧	0.٣٢٦	0.٢٦٥	٥,٣٦	.٠٠٠
م٢. المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٣٩	0.١٤٨	0.١٣٢	٩,٣١	.٠٠٠
م٣. المنتمي	0.٣٣	0.١١٠	0.١٠١	١٣,٢٨	.٠٠٠

يلاحظ من جدول رقم (١٥) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي، إذ بلغت (٥,٣٦) و (٩,٣١) و (١٣,٢٨) على التوالي، أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية في الاكتئاب، وقد بلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة (٢٦,٥%) من تباين الاكتئاب، وبلغت القدرة التفسيرية لأسلوبي الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان (١٣,٢%) من تباين الاكتئاب، في حين بلغت القدرة التفسيرية لأسلوب الحياة المنتمي (١٠,١%) من تبيان الاكتئاب. أي أن أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي تفسر مجتمعة ما مقداره (٢٣,٣%) من التباين في الاكتئاب. أما متغير أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل، فلم تظهر لها قدرة تفسيرية دالة إحصائيا للتباين في الاكتئاب. أما قدرة أساليب الحياة في تفسير التباين والتنبؤ بالوسواس القهري، فيبينها جدول رقم (١٦).

الجدول ١٦. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالوسواس القهري

المتغير المستقل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.54	0.٢٨٩	0.٢٢٥	٤,٥٢	٠.٠٠٠
م.٢ المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٣٢	٠.١٠٢	0.٠٨٥	٦,٠٦	٠.٠٠٣
م.٣ المنتمي	0.٤١	0.١٧١	0.١٦٤	٢٢,٣٥	٠.٠٠٠

يظهر جدول رقم (١٦) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، ولأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي، فقد بلغت (٤,٥٢) و (٦,٠٦) و (٢٢,٣٥) على التوالي، أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية في الوسواس القهري. وقد بلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة (٢٢,٥%) من تباين الوسواس القهري، في حين بلغت القدرة التفسيرية لأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان (٨,٥%) من تباين الوسواس القهري، وبلغت القدرة التفسيرية لأسلوب الحياة المنتمي (١٦,٤%) من تبيان الوسواس القهري، أي أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي تفسر ما مقداره (٢٤,٩%) من التباين في الوسواس القهري، أما متغير أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل، فلم تظهر قدرة تفسيرية دالة إحصائياً للتباين في الوسواس القهري. ونأتي الآن إلى قدرة أساليب الحياة في التنبؤ بالنفسجسمية، أنظر جدول رقم (١٧).

الجدول ١٧. نتائج الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالنفسجسمية

المتغير المستقل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٤٩	0.٢٤	0.١٧٤	٣,٥٤	٠.٠٠١
م.٤ المؤذي والمنتقم	0.٤١	0.١٦٩	0.١٥٤	١٠,٨٩	٠.٠٠٠

يظهر جدول رقم (١٧) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، وأسلوبي الحياة المؤذي والمنتقم، فقد بلغت (٣,٥٤) و (١٠,٨٩) على التوالي، أي أن لهذين المتغيرين قدرة تفسيرية في النفسجسمية بلغت (١٧,٤%) لأساليب الحياة مجتمعة و(١٥,٤%) لأسلوبي الحياة المؤذي والمنتقم، أي أن أسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم يفسران ما مقداره (١٥,٤%) من التباين في النفسجسمية. في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في النفسجسمية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل. والآن سنتناول أساليب الحياة ودورها في تفسير التباين من حيث الحساسية التفاعلية. أنظر جدول رقم (١٨).

الجدول ١٨. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالحساسية التفاعلية

المتغير المستقبل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٥٥	0.٣٠	0.٢٤١	٤,٨٤	.٠٠٠
م.٢ المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٣٨	0.١٤٤	0.١٢٨	٩,٠٣	.000
م.٣ المنتمي	0.٣٥	0.١٢٠	0.١١٢	١٤,٧٤	.٠٠٠

يلاحظ من الجدول (١٨) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، ولأسلوبي الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي، إذ بلغت على التوالي (٤,٨٤) و (٩,٠٣) و (١٤,٧٤)، أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية في الحساسية التفاعلية بلغت (٢٤,١%) لأساليب الحياة مجتمعة، و(١٢,٨%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، و(١١,٢%) لأسلوب الحياة المنتمي، أي أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي تفسر ما مقداره (٢٤%) من التباين في الحساسية التفاعلية، في حين لم تظهر قدرة تفسيرية دالة إحصائياً للتباين في الحساسية التفاعلية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم،

وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل. أما من حيث تنبؤ أساليب الحياة بالعدائيـــة، فـــتم إجراء تحليل الانحدار المبنية نتاجه في جدول رقم (١٩).

الجدول ١٩. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالعدائية

المتغير المستقبل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٥١	0.٢٦٠	0.١٩٣	٣,٨٩	٠.٠٠٠
م.٢ المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٣١	0.٠٩٤	0.٠٧٨	٥,٥٨	٠.٠٠٠
م.٤ المنتقم والمؤذي	0.٣٩	0.150	.١٣٤	٩,٤١	٠.٠٠٠

يلاحظ من الجدول رقم (١٩) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مـــستويات دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، ولأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحـــث عـــن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحيـــاة المـــؤذي، إذ بلغـــت (٣,٨٩) و (٥,٥٨) و (٩,٤١) على التوالي، أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية فـــي العدائيـــة، بلغـــت (٢١,٢%) لأساليب الحياة المجتمعة، وبلغت (٧,٨%) لأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عـــن الاستحسان، في حين بلغت (١٣,٤%) لأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحيـــاة المـــؤذي. أي أن أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتقم وأســـلوب الحياة المؤذي تفسر ما مقداره (٢١,٢%) من التباين في العدائية، في حـــين لـــم تظهـــر قـــدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في العدائية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحيـــاة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل. ونأتي الآن إلى دور أساليب الحياة في التنبؤ بالمخاوف المرضية. أنظر جدول رقم (٢٠).

الجدول ٢٠. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالمخاوف المرضية

المتغير المستقل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٥٧	0.٣١٩	0.٢٥٧	٥,٢٠	.٠٠٠
م.٢ المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٣٦	0.١٣٣	0.١١٦	٨,١٧	.٠٠٠
م.٤ المنتقم والمؤذي	0.٣١	0.٠٩٥	0.٠٧٨	٥,٦٣	.٠٠٥
م.٥ المدلل والمتحكم	0.٣١	0.٠٩٤	0.٠٧٧	٥,٥٤	.٠٠٥

يلاحظ من الجدول (٢٠) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، وأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المدلل وأسلوب الحياة المتحكم، إذ بلغت (٥,٢٠) و (٨,١٧) و(٥,٦٣) و (٥,٥٤) على التوالي، أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية في المخاوف المرضية بلغت (٢٥,٧%) لأساليب الحياة مجتمعة، في حين بلغت (١١,٦%) لأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، و بلغت (٧,٨%) لأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، وبلغت (٧,٧%) لأسلوب الحياة المدلل وأسلوب الحياة المتحكم. أي أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة المدلل وأسلوب الحياة المتحكم، تفسر ما مقداره (٢٧,١%) من التباين في المخاوف المرضية، في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في المخاوف المرضية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتمي. ومن حيث التنبؤ بالبارانويا، بين تحليل الانحدار لأساليب الحياة النتائج التالية المبينة في جدول رقم (٢١).

الجدول ٢١. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة كمتنبئات بالبارانويا

المتغير المستقبل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٥٥	0.٣٠٣	0.٢٤٠	٤,٨٣	.٠٠٠
م٢. المذعن والباحث عن الاستحسان	0.٤٠	0.١٥٧	0.١٤١	٩,٩٣	.٠٠٠
م٤. المنتقم والمؤذي	0.٣١	0.٠٩٨	0.٠٨٢	٥,٨٤	.٠٠٤

يلاحظ من الجدول رقم (٢١) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مستويات دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعةً، ولأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي، إذ بلغت (٤,٨٣) و (٩,٩٣) و (٥,٨٤) على التوالي، أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية في التنبؤ بالبارانويا بلغت (٢٤%) لأساليب الحياة مجتمعة، وبلغت (١٤,١%) لأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، و بلغت (٨,٢%) لأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي. أي أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي، تفسر ما مقداره (٢٢,٣%) من التباين في البارانويا. في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في البارانويا لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل. وأخيراً نأتي إلى قدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالذهانية، أنظر جدول رقم (2٢).

الجدول ٢٢. نتائج تحليل الانحدار لأساليب الحياة مجتمعة كمتنبئات بالذهانية

المتغير المستقبل	معامل الارتباط المتعدد	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أساليب الحياة مجتمعة	0.٥٥	0.٣٠٦	0.٢٤٤	٤,٩١	.٠٠٠
م.٢ المذعن والباحث عن الاستحسان	0.40	0.١٥٨	0.١٤٢	١٠,٠٢	.٠٠٠
م.٣ المنتمي	0.٣٠	0.٠٩١	0.٠٨٣	١٠,٨٢	.٠٠١
م.٤ المنتقم والمؤذي	0.٣٢	0.١٠٠	0.084	٥,٩٧	.٠٠٣

يلاحظ من الجدول رقم (2٢) أن قيمة الإحصاء (ف) كانت دالة إحصائياً عند مستويات دلالة (٠,٠١) لأساليب الحياة مجتمعة، ولأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي، إذ بلغت على التوالي (٤,٩١) و(١٠,٠٢) و(١٠,٨٢) و(٥,٩٧). أي أن لهذه المتغيرات قدرة تفسيرية في الذهانية، بلغت (٢٤,٤%) لأساليب الحياة مجتمعة، وبلغت (١٤,٢%) لأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، و بلغت (٨,٣%) لأسلوب الحياة المنتمي وبلغت (٨,٤%) لأسلوب الحياة المنتقم ولأسلوب الحياة المؤذي. أي أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المنتقم وأسلوب الحياة المؤذي، تفسر ما مقداره (٣٠,٩%) من التباين في الذهانية. في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في الذهانية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب الحياة وكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وهدفت إلى معرفة نسبة التباين الذي تفسره أساليب الحياة في كل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية.

وقد استخدم في هذه الدراسة القائمة الشخصية لأساليب الحياة (LSPI)، وهي من إعداد ويلير وآخرين (1986) .Wheeler, et al؛ وذلك لقياس أساليب الحياة. واستخدمت قائمة الأعراض المعدلة (SCL- 90- R) وهي من إعداد ديروجيتس وآخرين (1994) .Derogatis, et al وتعريب البحيري (٢٠٠٥)؛ وذلك بعد تعريب القائمة الشخصية لأساليب الحياة على البيئة الأردنية، وإعادة حساب صدق وثبات قائمة الأعراض المعدلة.

مناقشة السؤال الأول والسؤال الثاني.

أظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بأساليب الحياة الشائعة لدى الأسوياء أن أسلوب الحياة المذعن هو أكثر أساليب الحياة شيوعاً لدى الأسوياء، يليه أسلوب الحياة المنتمي، ثم أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان.

ويلاحظ أن أساليب الحياة السابقة (أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان) جميعها أساليب حياتية يتصف أصحابها بالانتماء، والسعي للحصول على استحسان المجتمع ورضاه. ويشار إليها مجتمعة في بعض الدراسات، ومقاييس أساليب الحياة، وفي تصنيفات أساليب الحياة أحيانا "بأسلوب الحياة التابع - المنتمي اجتماعياً (Belong–Social interest) (Morton- Page and Wheeler, 1997). لذلك من الطبيعي أن ترتفع هذه الأساليب معاً لدى عينة الاسوياء وعينة المضطربين نفسياً، فالارتباط بين هذه الاساليب الثلاثة مرتفع، وهذا يتفق مع ما يشير إليه أدلر (1927) Adler من أن الانتماء الاجتماعي هو مقياس لصحة الفرد النفسية، فكلما اتصف الفرد به كلما تحسنت صحته النفسية، وهو أكثر بروزاً لدى الأسوياء منه لدى المضطربين نفسياً.

وتنسجم هذه النتيجة، أيضا، مع نتائج دراسة كل من كيسر (Kyser, 1978) التي أظهرت بأن الأفراد الذين يتصفون بأسلوب الحياة المنتمي يتمتعون بمستويات مرتفعة من التكيف النفسي،

ودراسة سلاتون وآخرين (Slaton, et al.(2000 التي أظهرت ارتفاع نتائج الأسوياء على أسلوب الحياة المنتمي. وتتفق هذه النتائج أيضا مع نتائج دراسة باومان (Bauman (2000 التي وجدت ارتفاعاً في نتائج الأسوياء على أسلوب الحياة المذعن السلبي والإيجابي، وعلى أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان.

وأظهرت النتائج تميز عينة المضطربين نفسياً بأساليب حياتية مطابقة لأساليب الحياة لدى الأسوياء مع اختلاف الترتيب فقط. فقد جاء أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان في المرتبة الأولى، يليه أسلوب الحياة المذعن، ثم أسلوب الحياة المنتمي.

وتختلف هذه النتيجة عما يشير إليه أدلر (Adler (1927 من أن الاضطرابات العصابية تنشأ من نقص الانتماء الاجتماعي لدى الفرد. وتختلف، أيضا، مع ما يشير إليه مايز (Mays (1996 من أن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسجسمية غالباً ما يتصفون بوجود أسلوب الحياة المدلل لديهم.

وتختلف مع نتائج دراسة كيسر (Kyser (1978 التي أظهرت بأن الأفراد الذين يعانون من درجة مرتفعة من الاضطراب النفسي يتصفون بأسلوب الحياة المتجنب، وأسلوب الحياة الضحية، وأسلوب الحياة غير الكفؤ. وتختلف، أيضا، مع نتائج دراسة بوينتون (Boynton (1989 التي أشارت إلى تميز مجموعة المدمنين بارتفاع على أسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وانخفاضاً على أسلوب الحياة المنتمي وأسلوب الحياة المذعن. أيضا تختلف النتائج مع نتائج دراسة سلاتون وآخرين (Slaton, et al. (2000 في الشق الأول، الذي يشير إلى اتصاف نزلاء السجون ممن قاموا بارتكاب سلوكيات إجرامية بأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وتتفق معها في الشق الثاني الذي يشير إلى اتصافهم بأسلوب الحياة المذعن.

وتختلف أيضا مع نتائج دراسة سميث وآخرون (Smith, et al.(2001 فيما يتعلق بالجزء الأول، الذي يشير إلى اتصاف مجموعة المراهقين العدوانيين بارتفاع على أسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الحذر، وأسلوب الحياة المدلل. في حين تتفق معها في الجزء الثاني الذي يشير إلى اتصاف المراهقين العدوانيين، أيضا، بارتفاع على أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان.

وتختلف مع نتائج دراسة فول (Fall (2005 التي أظهرت تميز حالة (كيم) المصابة بأعراض نفسجسمية بأسلوب الحياة غير الكفؤ، وتتطابق معها في الجزء الثاني من النتائج، والذي يشير إلى تميز حالة (كيم) أيضا بأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان.

ويلاحظ مما سبق عدم وجود اتفاق بين الدراسات على وجود أساليب حياتية محددة للمضطربين نفسياً؛ وقد يرجع هذا الأمر إلى قلة عدد أفراد العينة التي أجريت عليها الدراسات، أو إلى اختلاف المقاييس التي استخدمت لقياس أساليب الحياة، مما يدل على أن هذا الموضوع بحاجة إلى مزيد من البحث. كما وأن الدراسات السابقة تناولت أساليب الحياة لدى عينات خاصة مثل المدمنين، ونزلاء السجون، والذين قد يتصفون بخصائص شخصية تختلف عن خصائص المضطربين نفسياً من غير المدمنين أو نزلاء السجون.

وقد يرجع اتصاف المضطربين نفسياً بأساليب حياتية مشابهة لأساليب الحياة لدى الأسوياء في هذه الدراسة، التي كانت في مجملها أساليب حياتية تعنى بالسعي للحصول على موافقة المجتمع واستحسانه (أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المنتمي)، إلى أن المجتمع الأردني (كباقي المجتمعات العربية) مجتمع جمعي، وليس مجتمعاً فردياً، بمعنى أن مكانة الفرد فيه تتحدد وفقاً لمكانته الاجتماعية داخل المجتمع، وليس لإنجازاته الشخصية أو الفردية، كما هو الحال في المجتمعات الفردية التي أجريت عليها الدراسات السابقة التي قورنت معها، بالإضافة إلى أساليب التنشئة الاجتماعية في البيئات العربية والتي تختلف عن مثيلتها في المجتمعات الغربية، والتي تؤدي دوراً كبيراً في تطور أسلوب الحياة كما تشير نظرية علم النفس الفردي. وقد يعود إلى عدم اجابة بعض المستجبين بجدية على ادوات الدراسة، أو قد يعود الى اختلاف المستوى التعليمي بين المجموعتين.

مناقشة السؤال الثالث.

وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء والمضطربين نفسياً في أساليب الحياة، باستثناء أسلوب الحياة الضحية، بمعنى أن المضطربين نفسياً أكثر اتصافاً بأسلوب الحياة الضحية.

ويختلف ذلك مع نتائج دراسة بوينتون Boynton (1989) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين والأسوياء في أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المنتقم، وأسلوب الحياة غير الكفؤ. وتختلف مع دراسة سلاتون وآخرين Slaton, et al. (2000) التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أسلوب الحياة المذعن، وأسلوب الحياة المتحكم، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان بين المساجين الذين قاموا بارتكاب سلوكيات إجرامية والأسوياء، وذلك لصالح عينة السجناء.

وقد يرجع ذلك كما مرّ سابقاً، إلى اتصاف المجتمعات العربية بخصائص مميزة، تختلف عن خصائص المجتمعات الأخرى (المجتمعات الجمعية مقابل المجتمعات الفردية)، التي تم

أجريت هذه الدراسات فيها. أو قد يرجع إلى أن عينة الأسوياء أخذت من نفس البيئة الاجتماعية والاقتصادية التي أخذت منها عينة المضطربين نفسياً، كما أن الدراسات السابقة قارنت بين الأسوياء، ومجتمعات خاصة من المضطربين نفسياً كنزلاء السجون، والمدمنين، الأمر الذي يجعل المقارنة بين نتائج هذه الدراسات في أساليب الحياة أمراً صعباً.

مناقشة السؤال الرابع.

أما علاقة أساليب الحياة بالقلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المنتمي، وكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والبارانويا، والذهانية. أي أنه كلما زاد اتصاف الفرد بأسلوب الحياة المنتمي قلت فرصة إصابته بكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والبارانويا، والذهانية. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية بين أسلوب الحياة المنتمي وكل من النفسجسمية، والعدائية، ولكنها ليست ذات دلالة إحصائية. وهذا قد يرجع الى أن الفرد الذي يتصف بالانتماء الاجتماعي ينال رضى واستحسان المجتمع له، كما يحصل على دعم اجتماعي كبير من المجتمع عند تعرضه لمشكله أو ضغط ما، مما يساعد في زيادة قدرته على التعامل مع الضغوط النفسية، وبتالي الحد من اصابته بالاضطرابات النفسية.

وهذا يتفق مع ما يشير إليه أدلر (١٩٢٧) Adler من أن الاضطرابات العصابية تنشأ عن نقص الانتماء الاجتماعي لدى الفرد. ويتفق مع ما يشير إليه سلافيك وكارلسون Slavik and Carlson (2006) بأن الأفراد الذين لديهم نقص في أسلوب الحياة المنتمي قد يصبحون أفراداً جانحين، أو كحوليين، أو مضطربين نفسياً. أيضا تتفق مع نتائج دراسة كراندل وريمنز Crandall and Reimans (1976) التي أشارت إلى وجود ارتباط سلبي بين أسلوب الحياة المنتمي من جهة والاكتئاب، والعصابية، والضغوط النفسية، والسلوك الإجرامي من جهة أخرى، وتتفق، أيضا، مع ما وجدته دراسة كيسر Kyser (1978) من أن الأفراد الذين يتصفون بأسلوب الحياة المنتمي يتمتعون بدرجة عالية من التكيف النفسي، وأن انخفاض الانتماء الاجتماعي يرتبط بزيادة شدة الاضطراب النفسي. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة كل من مارتون بيج وويبلير Marton – Page and Wheeler (1997) ودراسة هايلاندر Highlander (1984) والتي أشارت إلى وجود ارتباط سلبي ذي دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المنتمي والاكتئاب. وهذا يتفق، أيضا، مع نتائج دراسة بوينتون Boynton (1989) التي أظهرت ارتباطاً سلبياً بين أسلوب الحياة المنتمي، ومؤشر شدة الأعراض المرضية في قائمة الأعراض المعدلة، وتتفق،

أيضا، مع نتائج دراسة سواندیز وروي (1999) Saunders and Roy التي وجدت ارتباطاً سلبياً ذا دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المنتمي، وكل من الاكتئاب والشعور بالرضا عن الحياة.

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (٠٠٠٥.) بين أسلوب الحياة الضحية وكل من الاكتئاب (٠,٨٠)، والوسواس القهري (٠,٢٢)، والبارانويا (٠,٢٤). ولم تشر النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة الضحية وكل من القلق، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والذهانية. وقد يرجع ذلك الى ان الشخص الذي يبحث ويعول كثيراً على استحسان المجتمع له، يبالغ في الشعور بالاحباط والضغط النفسي عندما لا يحصل على ذلك الاستحسان وبشكل الذي يرغب به.

وهذا يتفق مع ما يشير إليه موزاك (2005) Mosak من أن الأفراد الذين يطورون أسلوب الحياة الضحية يظهرون درجة مرتفعة من المعاناة في مكان العمل، وفي علاقاتهم مع الآخرين. وتتفق، أيضا، مع ما يشير إليه أدلر (1927) Adler من أن الأفراد الذين يطورون أسلوب الحياة الضحية في مرحلة طفولتهم غالباً ما يصابون بالاكتئاب فيما بعد. ويتفق، أيضا، مع نتائج دراسة كيسر (1978) Kyser التي وجدت بأن الأفراد الذين يتصفون بأسلوب الحياة الضحية يظهرون درجة مرتفعة من الاضطراب النفسي.

هذا ولا توجد الدراسات تتناول العلاقة بين أسلوب الحياة الضحية وكل من القلق، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية، مما يحد من المقارنة مع نتائج هذه الدراسة، وربما أن الشخص الضحية أكثر ميلاً للاصابة او لاظهار العرض المرضية كوسيلة لطلب المساعدة من الاخرين.

تبين من نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية، في حين لم تبين وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية مع النفسجسمية.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة باومان (2000) Bauman التي أشارت إلى قدرة أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان على التمييز بين المسيئين لتناول العقاقير الذي يعانون من اضطرابات نفسية عن المسيئين الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية. وتتفق أيضا مع نتائج دراسة سميث وآخرين (2001) .Smith, et al التي وجدت ارتفاعاً على أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان لدى المراهقات العدوانيات اللاتي أجريت الدراسة عليهن.

في حين تختلف النتائج الحالية مع نتائج راسموسين وآخرين (Rasmussen, et al. (2001 التي أظهرت انخفاضاً لنتائج الفتيات اللواتي تعرضن للإساءة الجنسية، واللواتي يعانين من اضطرابات نفسية على أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان. وتختلف، أيضا، مع نتائج دراسة فول (Fall (2005 التي وجدت أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان موجوداً لدى حالة مصابة بأعراض نفسجسمية.

وقد يرجع هذا الاختلاف في نتائج الدراسات حول علاقة أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان بالاضطرابات النفسية (على قلة هذه الدراسات) إلى اختلاف العينات التي أجريت عليها الدراسات. ولا يوجد دراسات تتطرق للعلاقة بين أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان وكل من القلق والاكتئاب، والمخاوف المرضية، والوسواس القهري، والبارانويا، والذهانية، مما يحد من المقارنة مع نتائج هذه الدراسة. وقد يرجع قلة عدد الدراسات التي تطرقت لعلاقة أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان إلى أن الدراسات التي تناولت علاقة أساليب الحياة بالاضطرابات النفسية استخدمت مقاييس لقياس أساليب الحياة لا تقيس أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان.

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي بين أسلوب الحياة المتحكم، وكل من القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية، والذهانية، عند مستوى دلالة إحصائية. في حين لم تشر نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المتحكم، وكل من النفسجسمية، والوسواس القهري، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والبارانويا. وقد يرجع ذلك الى ان الشخص المتحكم يخاف من فقدان السيطرة على الاخرين وبالتالي فقدان سيطرته على الاخرين وهذا يجعله دائم الشعور بالقلق والتوتر والاكتئاب.

أما سبب عدم وجود علاقة بين أسلوب الحياة المتحكم والعدائية، فقد يرجع الى أن الشخص المتحكم يميل الى استخدام الوسائل العقلانية لفرض سيطرته وتحكمه على الاخرين اكثر من العدوان الذي قد يدفع الاخرين الى الابتعاد عنه، وبالتالي فقدان سيطرته عليهم، ويختلف ذلك مع ما يشير إليه أدلر بأن الأفراد الذين يظهرون أسلوب الحياة المتحكم يكون لديهم احتمال عال للقيام بالسلوكيات الإجرامية نحو المجتمع (Ansbacher and ansbacher,1964). وتختلف مع نتائج دراسة كل من سلاتون وآخرين (Slaton, et al. (2000، ودراسة سميث وآخرين Smith, et al. (2001)، ودراسة ماك جريفي وآخرين (McGreevy, et al. (٢٠٠١ التي أظهرت وجود ارتباط إيجابي بين أسلوب الحياة المتحكم والعدوان.

وقد يرجع الاختلاف في نتائج الدراسات حول علاقة أسلوب الحياة المتحكم بالعدوان إلى أن الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين أسلوب الحياة المتحكم والعدوان أجريت على عينات من السجون، أو من المسيئين، أو من المدمين والذين يتمتعون بخصائص تختلف عن خصائص المضطربين نفسياً.

في حين تنسجم هذه النتيجة مع نتائج دراسة بونيتون Boynton (1989) التي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين أسلوب الحياة المتحكم، وشدة الأعراض المرضية.

وتتفق، أيضا، مع نتائج دراسة هوفمان Hoffman (1999) التي أظهرت وجود أسلوب الحياة المتحكم لدى حالة مصابة بالذهان. وتنسجم، أيضا، مع نتائج دراسة باومان Bauman (2000) التي أشارت إلى قدرة أسلوب الحياة المتحكم على التمييز بين المدمنين المصابين بالاضطرابات النفسية والمدمنين غير المصابين بها.

ولا تتوفر دراسات تتناول علاقة أسلوب الحياة المتحكم بكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والمخاوف المرضية، مما يمنع المقارنة مع نتائج هذه الدراسة.

في حين تظهر نتائج الدراسة ارتباطاً ذا دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة غير الكفؤ والاضطرابات النفسية التي تناولتها هذه الدراسة. وهذا يبدو منطقياً فالشخص الذي يشعر بعدم الكفاءة وفقدان السيطرة أو التحكم بالاحداث (التحكم الخارجي مقابل التحكم الداخلي) يشعر بأن مصيره يرتبط بالاحداث والحظ أكثر من ارتباطه بنتائج سلوكه.

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة كيسر Kyser (1978) التي وجدت أن الأفراد الذين يتصفون بأسلوب الحياة غير الكفؤ يظهرون درجة مرتفعة من الاضطراب النفسي. وتختلف، أيضا، مع نتائج دراسة بيرتيلسون Bertelson (1991) التي وجدت ارتفاعاً في نتائج المضطربين نفسياً على أسلوب الحياة غير الكفؤ.

كما وتختلف أيضا مع نتائج دراسة جونستون Johnston (1988) التي وجدت ارتباطاً ايجابياً بين أسلوب الحياة غير الكفؤ والاكتئاب. وتختلف، أيضا، مع نتائج دراسة بوينتون Boynton (1989) إذ أظهرت ارتباطاً ايجابياً بين أسلوب الحياة غير الكفؤ وكل من مؤشر شدة الأعراض المرضية والاكتئاب والحساسية التفاعلية. وتختلف مع نتائج دراسة مورتون بيج وويلر Morton – Page and Wheeler (1997) إذ أظهرت ارتباطاً ايجابياً بين أسلوب الحياة غير الكفؤ والاكتئاب. كما وتختلف مع نتائج دراسة فول Fall (2005) الذي وجد أن الأفراد الذين يطورون أسلوب الحياة غير الكفؤ يصابون بالاضطرابات النفسجسمية.

على أي حال، لا تتوفر دراسات حول علاقة أسلوب الحياة غير الكفؤ بالقلق، والوسواس القهري، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وقد يرجع هذا الاختلاف مع نتائج الدراسات السابقة إلى طبيعة البيئة العربية التي ترعى وتحث على مساعدة الضعيف والعطف عليه.

كما لم تظهر نتائج الدراسة ارتباطاً ذا دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المدلل والاضطرابات النفسية التي تناولتها الدراسة. وهذا قد يرجع الى اعتماد الشخص المدلل على الاخرين في حل مشكلاته وفي موجهة الضغوط النفسية التي قد يتعرض لها.

وتختلف هذه النتيجة مع ما يشير إليه مايز (1996) Mays من أن الأفراد الذين يصابون بالاضطرابات النفسجسمية غالباً ما يشيع لديهم أسلوب الحياة المدلل. في حين لا توجد دراسات تتناول علاقة أسلوب الحياة المدلل بالاضطرابات النفسية الأخرى؛ وقد يرجع ذلك إلى أن الدراسات السابقة التي تناولت علاقة أساليب الحياة بالاضطرابات النفسية اعتمدت على تصنيفات ومقاييس مختلفة لأساليب الحياة، لا تشمل أسلوب الحياة المدلل.

ولم تظهر نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المنتقم والاضطرابات النفسية التي تناولتها الدراسة باستثناء الوسواس القهري. وقد يرجع ذلك الى أن الشخص المنتقم عندما ينفذ انتقامه يشعر بنوع من الهدوء أو الراحة الكاذبة. هذا ولا توجد دراسات تتناول العلاقة بين أسلوب الحياة المنتقم والاضطرابات النفسية؛ وقد يرجع ذلك إلى استخدام الدراسات التي تناولت العلاقة بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية مقاييس أساليب حياة لا تقيس هذا الأسلوب كما مرّ سابقاً.

وفيما يتعلق بعلاقة أسلوب الحياة المؤذي بالاضطرابات النفسية، أظهرت نتائج الدراسة علاقة ارتباطية بين أسلوب الحياة المؤذي، وكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. فالشخص الذي يقوم بايذاء الاخرين يعيش في حالة من القلق والتوجس خوفاً من ردة فعل الاخرين على ايذائه لهم أو خوفاً من انتقامه.

وهذا ينسجم مع نتائج دراسة جونستون (1988) Johnston التي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين أسلوب الحياة المؤذي والانحراف السيكوباثي. وتنسجم، أيضا، مع نتائج دراسة بونيتون (1989) Boynton التي أشارت إلى وجود ارتباط إيجابي بين أسلوب الحياة المؤذي وشدة الأعراض المرضية.

ولا توجد دراسات تتناول العلاقة بين أسلوب الحياة المؤذي والقلق، أو الاكتئاب، أو الوسواس القهري، أو النفسجسمية، أو المخاوف المرضية، أو البارانويا، أو الذهانية. وقد يعود ذلك إلى عدم اتفاق الباحثين على تصنيف موحد لأساليب الحياة، ولاستخدام الدراسات السابقة مقاييس مختلفة لقياس أساليب الحياة قد لا تقيس أسلوب الحياة المؤذي.

أما علاقة أسلوب الحياة المذعن بالاضطرابات النفسية، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين أسلوب الحياة المذعن وكل من القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري، والنفسجسمية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والمخاوف المرضية، والبارانويا، والذهانية. وهذا قد يرجع الى تدني احتمال التصادم بين المجتمع والشخص المذعن، وبالتالي تدني احتمال الصراع والضغوط النفسية.

هذا ولا توجد دراسات تتناول العلاقة بين أسلوب الحياة المذعن والاضطرابات النفسية، مما يمنع مقارنة نتيجة هذه الدراسة مع الدراسات السابقة، وهذا قد يرجع كما أتضح سابقاً إلى عدم اتفاق الباحثين على تصنيف موحد لأساليب الحياة، بالإضافة إلى استخدام مقاييس لا تقيس أسلوب الحياة المذعن.

مناقشة السؤال الخامس.

أظهر حساب تحليل الانحدار التدريجي أن القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالقلق تبلغ (٣٤,٢%)، وتبلغ (١٤,٢%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان. وتبلغ (٧,٦%) لأسلوب الحياة المنتمي، في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في القلق لكل من أسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، ولأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل، ولأسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ.

وبلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعةً للتنبؤ بالاكتئاب (٢٦,٥%)، وبلغت (١٣,٢%) لأسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت (١٠,١%) لأسلوب الحياة المنتمي، في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتنبؤ بالاكتئاب لأسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم، ولأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل.

وبلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالوسواس القهري (٢٢,٥%)، وبلغت (٨,٥%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت (١٦,٤%) لأسلوب الحياة المنتمي. في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين

في الوسواس القهري، لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المؤذي ولأسلوب الحياة المنتقم، ولأسلوب الحياة المتحكم ولأسلوب الحياة المدلل.

في حين بلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالنفسجسمية (١٧,٤%)، كما وفسر أسلوب الحياة المؤذي وأسلوب الحياة المنتقم ما مقداره (١٥,٤%) من التباين في النفسجسمية، ولم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في النفسجسمية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، ولأسلوب الحياة المنتمي، ولأسلوب الحياة المتحكم ولأسلوب الحياة المدلل.

وبلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالحساسية التفاعلية (٢٤,١%)، وبلغت (١٢,٨%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت (١١,٢%) لأسلوب الحياة المنتمي. في حين لم تكن ثمة قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في الحساسية التفاعلية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المؤذي ولأسلوب الحياة المنتقم، ولأسلوب الحياة المتحكم ولأسلوب الحياة المدلل.

واظهر تحليل الانحدار التدريجي لأساليب الحياة مجتمعة للتنبؤ بالعدائية أنها تفسر ما مقداره (١٩,٣%) من التباين في العدائية، في حين بلغت (٧,٨%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت (١٣,٤%) لأسلوب الحياة المنتقم ولأسلوب الحياة المؤذي. إلا أنه لم تكن ثمة قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في العدائية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المنتمي، ولأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل.

وبلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة ما مقداره (٢٥,٧%) من التباين في المخاوف المرضية، وبلغت (١١,٦) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت (٧,٨%) لأسلوب الحياة المؤذي ولأسلوب الحياة المنتقم، وبلغت (٧,٧%) لأسلوب الحياة المدلل ولأسلوب الحياة المتحكم. في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلال إحصائية للتباين في المخاوف المرضية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المنتمي.

كما بلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة ما مقداره (٢٤%) من التباين في البارانويا، وبلغت (١٤,١%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت أيضا (٨,٢%) لأسلوب الحياة المؤذي ولأسلوب الحياة المنتقم، في حين لم تظهر قدرة

تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في البارانويا لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، وأسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة المتحكم وأسلوب الحياة المدلل.

وبلغت القدرة التفسيرية لأساليب الحياة مجتمعة (٢٤,٤%) للتباين في الذهانية، وبلغت (١٤,٢%) لأسلوب الحياة المذعن ولأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وبلغت (٨,٣%) لأسلوب الحياة المنتمي، وبلغت (٨,٤%) لأسلوب الحياة المؤذي ولأسلوب الحياة المنتقم. في حين لم تظهر قدرة تفسيرية ذات دلالة إحصائية للتباين في الذهانية لكل من أسلوب الحياة الضحية وأسلوب الحياة غير الكفؤ، ولأسلوب الحياة المتحكم ولأسلوب الحياة المدلل.

يلاحظ بأن ثمة ندرة في الدراسات التي تتناول قدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى استخدام الباحثين مقاييس، وتصنيفات مختلفة لأساليب الحياة؛ مما حد من المقارنة بين نتائج هذه الدراسة ونتائج الدراسات السابقة، إذ تتوفر، فقط، ثلاث دراسات حول قدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالاضطرابات النفسية إحداها استخدمت تصنيفات مختلفة لأساليب الحياة عن التصنيفات التي استخدمتها الدراسات السابقة، وهذه الدراسات الثلاث تتعلق بقدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالقلق والاكتئاب فقط.

أما قدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالقلق فتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج هيرنجتون وآخرين Herrington, et al. (2005) والتي وجدت أن أسلوب الحياة المذعن وأسلوب الحياة المنتمي يفسران ما مقداره (٢٦%) من التباين في القلق. ويمكن تفسير ذلك بأن الفرد الذي يمتلك أسلوب الحياة المذعن أو أسلوب الحياة المنتمي أو أسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان يضع قيمة كبيرة على رضا المجتمع عنه وقبوله له؛ لذا فقد يشعر بالقلق، أو الخوف من فقدان رضا المجتمع واستحسانه له ولأفعاله.

وفيما يتعلق بقدرة أساليب الحياة على التنبؤ بالاكتئاب، تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من ميراندا Miranda (1994)، ودراسة وهرنجتون وآخرين Herrington, et al. (2005) التي أشارت إلى قدرة أسلوب الحياة المنتمي، وأسلوب الحياة الباحث عن الاستحسان، وأسلوب الحياة المذعن على التنبؤ بالاكتئاب. وهذا يبدو منطقياً؛ فالشخص الذي يعول كثيراً على استحسان المجتمع وقبوله لأفعاله قد يشعر بالحزن الشديد، وأحياناً بالاكتئاب عندما لا يحصل على استحسان المجتمع لأفعاله ورضاه عنها.

وتعد هذه الدراسة دراسة استكشافية تلقي بعض الضوء على أساليب الحياة الشائعة لدى الأسوياء والمضطربين نفسياً، وعلاقتها بالاضطرابات النفسية. وبناء على النتائج الحالية يمكن التوصية أولا بإجراء كثير من الدراسات في البيئة العربية على أساليب الحياة وتصنيفاتها؛

للوصول إلى تصنيف موحد وثابت لأساليب الحياة، إذ يلاحظ من استعراض الدراسات السابقة عدم وجود تصنيف موحد لأساليب الحياة بين الباحثين والمنظرين، ثانياً: إجراء المزيد من الدراسات حول الفروق في أساليب الحياة بين الأسوياء والفئات الأخرى من المضطربين نفسياً مثل: السيكوباثيين، والمصابين باضطرابات الشخصية، ومرتكبي الإساءة (خصوصاً الإساءة الجنسية للأطفال)، والمدمنين. وقد يكون من المجدي دراسة أساليب الحياة لدى المضطربين نفسياً بعد تقسيمهم إلى فئات متساوية اعتماداً على تشخيص الأطباء والأخصائيين النفسانيين؛ وذلك للوقوف على الفروق، وعلاقة أساليب الحياة بالاضطرابات النفسية. بالإضافة إلى محاولة التحكم ببعض المتغيرات الدخيلة التي قد تؤدي دوراً كبيراً في العلاقة بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية، وفي الفروق بين الأسوياء والمضطربين نفسيا في أساليب الحياة، مثل ترتيب الولادة داخل الأسرة، وعدد الأخوة، وخبرات الطفولة وغيرها، وذلك وفقاً لنظرية أدلر.

هذا ومن أبرز النتائج التي أشارت إليها الدراسة ارتباط أسلوب الحياة المنتمي سلبياً بمعظم الاضطرابات النفسية التي تناولتها هذه الدراسة، وبهذا يكون من المهم جداً للآباء والمرشدين النفسانيين تشجيع أسلوب الحياة المنتمي لدى الأفراد؛ لما له من دور وقائي كبير من الإصابة بالاضطرابات النفسية وذلك عن طريق:

١- عمل ورش أسرية لتدريب الآباء والأمهات والمربيين وتوعيتهم بأهمية أسلوب الحياة المنتمي، ودوره في الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية، وكيف يمكن للأهل توفير الفرص والتجارب الأسرية التي تنمي هذا الأسلوب لدى أطفالهم، وتدريبهم، أيضا، على ملاحظة أية مؤشرات تدل على انحراف أطفالهم عن تطوير مثل هذا الأسلوب.

٢- تدريب المرشدين في المدارس على بناء برامج إرشادية تربوية، تهدف إلى تنمية أسلوب الحياة المنتمي لدى الطلبة؛ لما له من دور وقائي كبير من الإصابة بالاضطرابات النفسية.

٣- تدريب المرشدين والأخصائيين النفسانيين على بناء برامج إرشادية؛ لتنمية أسلوب الحياة المنتمي لدى المسترشدين، لما له من دور كبير في الصحة النفسية للمسترشد. وتدريبهم، أيضا، على أخذ أسلوب حياة المسترشد بعين الاعتبار في تناول المشكلات النفسية وحلها.

٤- تطبيق مقياس أساليب الحياة في المهن، والوظائف المهمة، التي تحتاج إلى مستوى عال من الصحة النفسية، إذ يمكن الاعتماد على معرفة نتيجة الفرد على أسلوب الحياة المنتمي في تقدير مستوى الصحة النفسية لديه.

ويمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في الارشاد الاسري؛ اذ يساعدنا معرفة أسلوب حياة الزوجين على التنبؤ بتكيفهم الزواجي، اذ تظهر الدراسات أن الزوجين اللذين لديهما نتيجة مرتفعة على اسلوب الحياة المنتمي مثلاً، يرتفع مستوى التكيف الزواجي لديهما. كما ويساعد المرشدين في ارشاد الازواج بزيادة وعيهم بكيفية تأثير اختلاف اسلوب الحياة بينهما في تكيفهما الزواجي. هذا وتساعد معرفة الفرد بأسلوب حياة شريكه في الحياة، وكيف أثرت خبراته الطفولية في تشكيل هذا الاسلوب على زيادة الوعي الاستبصار بالاخر، وفهم أهداف ومعتقدات وسلوكيات كل فرد من أفراد الأسرة، وبالتالي زيادة التفاهم والتكيف الزواجي بينهما. كما ويساعد في ارشد وتوعية الاباء بتأثير نوعية العلاقة بينهما، وكيفية اتخاذهما للقرارات، وحل الصراعات، والتنافس والتعاون بينهما، والنموذج الذي يقدمانه للطفل داخل الاسرة، في التطور النفسي لطفلهما.

ومن أبرز التوصيات التي يمكن الإشارة إليها قد تكون نابعة من أن المتغيرات الحالية فسرت نسبة محدودة من التباين في الاضطرابات النفسية. وعليه يوصي بضرورة التوجه نحو متغيرات أخرى في علم النفس الفردي؛ لدراستها وتحديد علاقتها بالاضطرابات النفسية مثل الترتيب الولادي، وعقدة النقص، وآليات التعويض...الخ.

كما وتوصي هذه الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات في البيئة العربية؛ للوقوف على طبيعة العلاقة بين أساليب الحياة والاضطرابات النفسية؛ وذلك لأن أساليب التنشئة الأسرية في البيئة العربية تختلف عن الأساليب الموجودة في البيئة الغربية، والتي تلعب دوراً كبيراً في تطور أسلوب الحياة، وارتباطه بالاضطرابات النفسية، كما يشير علم النفس الفردي.

المراجع العربية

البحيري، عبد الرقيب أحمد (١٩٨٤)، **اختبار حالة وسمة القلق للكبار**، (ط١)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

البحيري، عبد الرقيب أحمد (٢٠٠٥)، **قائمة الأعراض المعدلة**، (ط١)، أسيوط: مركز الرشاد.

تايلور، شيلي (٢٠٠٧)، **علم النفس الصحي**، (ترجمة: وسام بريك وفوزي طعيمة). (ط١)، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

الرشيدي، بشير ومنصور، طلعت والنابلسي، محمد الخليفي، إبراهيم والناصر، فهد وبورسلي، بدر والقشعان، محمود (٢٠٠٠)، **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية**، (ط١)، الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

سلامة، ممدوحة محمد (١٩٨٨)، **استبيان تقدير الشخصية**،(ط١)، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شلتز، دوان (١٩٨٣)، **نظريات الشخصية**، (ترجمة حمد دلي الكربولي وعبد الرحمن القيسي)، (ط١)، بغداد: مطبعة جامعة بغداد.

عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٠)، **الدراسة التطورية للقلق**، (ط١)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠)، **علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب-الأعراض- التشخيص - العلاج)**، الجزء الأول،(ط١)، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

موسى، رشاد علي عبد العزيز (٢٠٠١)، **أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي**، (ط١)، القاهرة: المختار للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

Adler, A. (1927), **Understanding Human Nature**, (1st ed.), New York: Garden Cit Publishing Company, Inc.

Adler, A. (1929), **The Science of living**, (1st ed.), New York: Greenberg.

Adler, A. (1963), **Social Interest: A challenge to Mankind**, (1st ed.), Ne York:CapricornBooks.

Allers, C. and Golson, J. (1994), Multiple Personality Disorder: Treatment from an Adlerian Perspective**, Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 50(3), 262-270.

American Psychiatric Association (2000), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**,**Text Revesion**, (4thed.), Washington: American Psychiatric Association.

Ansbacher, H. and Ansbacher, R. (1964), **The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selection from his Writing**, (1st ed.), New York: Harper & Row.

Ashby, J. and Kottman, T. (2000), The Relationships between Personality Priorities and Affect, Depression, Self Efficacy, and Fear of Intimacy, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 56(2), 172-183.

Barlow, D. and Durand, V. (2003), **Essential of Abnormal Psychology**, (3rded.),Wadsworth:ThomsonLearning.

Bauman, G. (2000), **Clinical Usefulness of the BASIS-A Inventory with Substance Abusers**, Unpublished Dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA.

Belangee, S. (2006), Individual Psychology and Eating Disorders: A Theoretical Application, **Individual Psychology: Journal of Theory, Research and Practice**, 62(1), 3-17. **Adlerian**

Bernstein, D. McCauley, E. Speltz, M. and Nietzel, M. (1999), **Abnormal Psychology**, (3rd ed), Boston: Allyn and Bacon.

Bertelson, S. (1991), **Clinical Correlates of Life Style Patterns Found in Psychiatric Inpatients**, Unpublished Doctoral Dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA.

Boynton, R. (1989)**, Drug addiction, Social Interest, Personality, and Psychopathology**, Unpublished Doctoral Dissertation, Georgia State University, Atlanta,GA.

Britzman, M and Main, F. (1990), Wellness and Personality Priorities, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 46(1), 43-50.

Corey, Gerald (2009), **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**, (٨th ed), Belmont: Thomson Brooks/Col.

Crandall, J. E. and Reimanis, G. (1976), Social Interest and Time Orientation, Childhood Memories, Adjustment and Crime, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 32 (1), 203- 211.

Curlette, W. Kern, R. and Wheeler, M. (1996), Uses and Interpretation of Scores on the BASIS-A Inventory, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 52(2), 95-103.

Davison, G. and Neale, J. (1998), **Abnormal Psychology**, (٧th ed), New York: John Wiley &Sons, INC.

Derogatis, L. Lipman, R. and Covi, L. (1994), **Symptom Checklist 90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual**, (3rd ed), inneapolis, MN: National Computer System.

Dinkmeyer, D. and Dreikurs, R. (1963), **Encouraging Children to Learn: The Encouragement Process**, (1st ed.), Englewood Cliffs: Prentice – Hall.

Dinter, L. (2000), The Relationship Between Self Efficacy and Lifestyle Patterns**, Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice,** 56(4)**,** 116-128.

Dreikurs, R. (1997), Holistic Medicine, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory**, **Research and Practice**, 53(2), 128- 205.

Fadiman, J. and Frager,R. (1994), **Personality and Personal Growth**. (3rd ed.), New York: Harper Collins College Publisher.

Falco, K. and Garrison, M. (1995), Steps Toward a Lesbian Friendly Life Style Interview, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 51(2), 129-143.

Fall, K. (2005), Somatization Disorder: A Proposed Adlerian Conceptualization and Treatment, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 61(2), 149-160.

Ferguson, E. (1984), **Adlerian Psychology, Social Interest, and Motivation Theory**, (1st ed.), Munich: Reinhardt.

Frude, N. (1998),**Understanding Abnormal Psychology**,(3rded.), Oxford: Blackwell Publishers.

Gilbert, J. and Morawski, C. (2005), Stress & Coping for Elementary School Children: A case for Including Life Style, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 61(4), 315- 328.

Gilliland, B. James, R. and Bowman, J. (1989), **Theories and Strategies in Counseling and Psychotherapy**, (2nd ed.), New Jersey: Prentice hall.

Hammen, C. (1998), **Depression**, (2nd ed.), UK: Psychology Press.

Hayes, N. and Stratton, P. (2003), **A Student's Dictionary of Psychology**, (4th ed), London: Arnold.

Herringtn, A. Matheny, K. Curlette, W. Mccarthy, C. and Penick, J. (2005), Life Styles, Coping Resources, and Negative Life Events as Predictors of Emotional Distress in University Women. **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 61 (4), 343-346.

Highlander, D. (1984), **Adlerian Life Style, Social Interest, and Depression in Parents**, Unpublished Doctoral Dissertation,

Georgia State University, Atlanta, GA.

Hoffman, N. (1999), An Adlerian Conceptualization of the Etiology of Pschotic Processes in a 12- Year-Old Child, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 55(4), 410-416.

Holmes, D. (1994)**, Abnormal Psychology**, (2nd ed.), New York: Hrper Collins College Publ.

Johnston, T. (1988), **Validation of Life Style Personality Inventory and the Prediction of Success in Creating Pain,** Unpublished Doctoral Dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA.

Jorgensen, R. Johnson, B. Kolodziej, M. and Schreer, G. (1996), Elevated lood Pressure and Personality: A Meta Analytic Review, **Psychological Bulletin**, 120(3), 293-320.

Kefir, N (1981), **Handbook of Innovative Psychotherapies**, (1st ed.), New York: John Wiley.

Kefir, N. and Corsini, R. (1974), Dispositional Sets: A Contribution to Typology, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 30(3), 163-178.

Kern, R. and Peluso, P. (1999), Using Individual Psychology Concepts to Compare Family Systems Processes and Organizational Behavior, **The Family Journal**, 7(1), 236-244.

Kern, R. (2008), Life Assessment on Tenderness and Aggression: from the Objective to the Subjective, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 3(1), 1-21.

Kern, R. and White, J. (1989), Brief Therapy Using the Life Style Scale, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 45(2), 186-190.

Kern, R. Gfroerer, K. Summers, Y. Curlette, W. and Matheny, K. (1996), Life style, Personality, and Stress Coping, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 52(1),42-53.

Kutchins, C. Curlette, W. and Kern, R. (1997), To What Extent is there a Relationship between Personality Priorities and Life style themes?

Individual Psychology**: Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 53(1), 373- 387.

Kyser, L. (1978), **A study of the Adlerian Life Style in Relation to Psychiatric Diagnosis**, Dissertation Abstracts International,Georgia State University,Atlanta,GA.

Marine, T. (2000), Rapid Emotion: Teaching Young Clients Mood Management Skills.online.Available:**WWW.Counseling. Org/enews/volume-1/0105 c.htm.**

Mays, M. (1996), **Somatoform Disorders and Psychological Factors Affecting Physical Condition**, In L. Sperry and J. Carlson (Eds), Psychopathology and Psychotherapy: From DSM-IV Diagnosis to Treatment. (2nd ed), Muncie, IN: Accelerated Development.

McGreevy, M. Newbauer, J. and Carich, M. (2001), Comparison of Lifestyle Profiles of Incarcerated Sexual Offenders with Those of Persons Incarcerated for Other Crimes, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 57(1), 67-77.

Miranda, A. (1994). **Adlerian Life Styles and Acculturation as Predictors of the Mental Health in Hispanic Adults**, Unpublished Doctoral Dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA.

Morton – Page, A. and Wheeler, M. (1997), Early Loss, Depression, and Life Style Themes, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 53(1), 58-66.

Mosak, H. (1973), **Alfred Adler: His Influence on Psychology Today**, (1st ed.), New Jersey: Noyes Press.

Mosak, H. (1979), Mosak's Typology, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 53(1), 192- 195.

Mosak, H. (2000), **Adlerian Psychology**, In R.j Corsini and Weddings (eds), Current Psychotherapies, (5th ed), Itasca,il: FE Peacock.

Mosak, H. (2005), **Adlerian Psychotherapy**, (1st ed.), Belmont,CA: Books/ C/ Thomson Learning.

Mullins, F. Kern, R. Curlette, L. (1987), Life Style Themes and Social Interest: a Future Factor Analytic Study, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 43(3), 339 – 352.

Oltmanns, T. and Emery, R. (2007), **Abnormal Psychology**, (6th ed), New Jersy: Prentice Hall.

Rachman, S. (1998), **Anxiety**, (1st ed.), UK: Psychology Press.

Rasmussen, P. Martin, M. and Sorrow, D. (2001), BASIS-Lifestyle Themes, MMPI-A, and Childhood Sexual Abuse: Conclusions from a Residential Sample, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 57(1), 78-91.

Rice, P. (1999), **Stress and Health**, (3rd ed), Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Roberts, R. Harper, R. Caldwell, R. and Decora, M. (2003), Adlerian Life Style of Lakota Women: Implication for Counseling, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 59(1), 15-25.

Rule, W. (1985), An Adlerian perspective**, Journal of Applied Rehabilitation Counseling**, 16(1), 9-14.

Santamaria, N. (2000), The Relationship Between Nurses Personality and Stress Levels Reported When Caring for Interpersonality Difficult Patients, **Australian Journal of Advanced Nursing**, 18(2), 111-181.

Saunders, S.A and Roy, C. (1999), The Relationship Between Depression, Satisfaction with Life, and Social Interest, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 11(1), 9- 15.

Shulman, B. and Mosak, H. (1995), **Manual for Life Style Assessment**, (1sted.), New York: Brunner – Routledge.

Slaton, B. Kern, R. and Curlette, W. (2000), Personality Profiles of Inmate, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 56(1), 88-110.

Slavic, S. Carlson, J. and Sperry, L. (1995), Extreme Life Styles of Adults who have Experienced Sexual Abuse, **Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice**, 51(4), 353-374.

Slavik, S. and Carlson, J. (2006), **Reading in the Theory of Individual Psychology**, (1st ed.), New York: Routledge.

Smith, S. Kern, R. M. Curlette, W. and Mullis, F. (2001), Lifestyle Profiles and Intervention for Aggressive Adolescents, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 57(3), 224-245.

Somers, J. Goldner, E. and Waraich, P. (2006), Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature, **Journal of Psychiatry**, 51(2), 100 – 113.

Stein, H. (1997), The Style of Life Tree.**www. Alfred Adler Institute of San Francisco – Training in Classical Adlerian**.

Stewart, A. and Stewart, E. (2006), The Preference to Excel and Its Relationship to Selected Personality Variables, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 62(3), 270-281.

Stoltz, K. and Kern, R. (2007), Integration Lifestyle, the Therapeutic Process, and the Stages of Change, **Individual Psychology: Journal of Adlerian** 63(1), 18-26. **Theory, Research and Practice**,

Wheeler, M. Kern, R. and Curlette, W. (1986), Factor Analytic Scales Designed to Measure Adlerian Lifestyle Themes, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 42(1), 1-16**.**

Wheeler, M. Kern, R. and Curlette, W. (1991), Life Style Can Be Measured, **Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice**, 47(2), 229-240.

Wheeler, M. Kern, R. and Curlette, W. (1993), **The BASIS-A Inventory**, (1st ed.), Highland: TRT Association.

ملحق رقم (١) كتاب رئاسة الجامعة الأردنية لتسهيل مهمة الطالب

ملحق رقم (٢) المعلومات الديمغرافية

تحية طيبة وبعد
تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أسلوب حياة الفرد. أرجو قراءة التعليمات الواردة أدناه بتمعن ثم الإجابة على جميع الفقرات بصدق لما له من أثر على صحة نتائج الدراسة. علماً أن هذه المعلومات هي لأغراض البحث العلمي فقط ولن يطلع عليها أحد غير الباحث. ولكم جزيل الشكر والتقدير.

- العمر:
- المهنة الحالية:
- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
- التحصيل العلمي: ابتدائي ☐ إعدادي ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐
  جامعي ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐
- الدخل الشهري: ☐ أقل من ٥٠٠ دينار
  ☐ ٥٠١ إلى ١٠٠٠ دينار
  ☐ ١٠٠١ إلى ٢٠٠٠ دينار
  ☐ ٢٠٠١ إلى ٤٠٠٠ دينار
  ☐ غير محدود
- هل راجعت أو تراجع طبيب نفسي أو أخصائي نفسي: ☐ نعم ☐ لا

الباحث: أحمد عيد الشخانبة

ملحق رقم (٣) القائمة الشخصية لأساليب الحياة في صورتها الأولية

الدكتور / الدكتورة .... المحترم

تحية طيبة وبعد،

في إطار إعداد أطروحة الدكتوراة بعنوان "أساليب الحياة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية" بأشراف الأستاذ الدكتور سليمان الريحاني . يسعى الباحث إلى تعريب وتكييف مقياس أساليب الحياة الذي أعد في صورته الأصلية من قبل مولينس وكيرن وكيورليت .Mullins Kern and Curlette (1987) مبنياً على نظرية أدلر وما اقترحه موزاك من أساليب للحياة.

ونظراً لما تتمتعون به من مكانة علمية وبحثية مرموقة في مجال البحث العلمي أرجو التكرم بإبداء الرأي في مدى صلاحية وملائمة كل من فقرات المقياس وانتمائها للبعد الذي تقع ضمنه أو تقيسه، مع اقتراح أي تعديلات أو إضافات ترونها مناسبة. علماً بأن المقياس بصورته الأصلية يتكون من تسعة أبعاد (تشكل أساليب للحياة)، كما تم التوصل إليها من قبل معدي المقياس. وفيما يلي فقرات المقياس لكل بعد، وذلك بعد أن تمت ترجمتها إلى اللغة العربية وتدقيقها من قبل الباحث والمشرف.

ولكم مني ومن الأستاذ المشرف وافر الشكر والتقدير لجهودكم المخلصة وتعاونكم.
الباحث: أحمد عيد الشخانبة.

١- البُعد الأول: المهتم اجتماعياً (المنتمي) (Social Interested):

يقيس هذا البعد درجة انتماء الفرد للمجتمع، وقدرته على مواجهة متطلبات الحياة بالتعاون مع الآخرين، وهو مقياس لصحة الفرد النفسية ،وفقاً لمفهوم أدلر للصحة النفسية (Wheeler, et al., 1991). فالأفراد الذين يحصلون على درجة مرتفعة على هذا المقياس يكونون اجتماعيين، وداعمين، ويحترمون الآخرين. وفي الغالب يكونون قد تعرضوا لتربيةٍ وتنشئةٍ مريحةٍ نمت لديهم شعوراً بالانتماء.

الرقم	الفقـــــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنت منسجماً بشكل حسن مع رفاقي			
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنت أواجه صعوبةً في تكوين الأصدقاء (R)			
٣-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن عضواً في أي جماعة (R)			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أجد صعوبةً في الشعور بأني عضو في جماعة ما (R)			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتجنبُ الاشتراك في المجموعات (R)			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ منعزلاً (R)			

٢- البُعد الثاني: المستغل (السلبي) – الشعور بالألم واليأس (الضحية)

The Exploiting Theme (Passive) Feeling Hurt & Helpless:

هو الشخص الذي يشعر بتعرضه للأذى من قبل الآخرين، ولديه علاقة سلبية بالوالدين، ويشبه نمط الضحية عند موزاك. ويرتبط هذا الأسلوب باحتمال تعرض الفرد للإساءة في الطفولة (Wheeler, et al., 1991). وهو الشخص الذي يشعر بالنبل، والشفقة على الذات (Mosak, 1979).

الرقم	الفقـــــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كان أحد والدي غاضباً مني			
٢-	عندما كنتُ طفلاً اعتقدتُ أن أحد والدي كان لئيماً			
٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أعاقب ظلماً			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأني محبوب من قبل والدي (R)			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بالخوف من والدي			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كان أحد والدي يعتقد بأنني عاجز			

٣- البُعد الثالث: الشخص الملتزم (النوع النشط) (The Conforming Theme (Active)):

وهو الشخص الذي يبحث عن الحصول على الاستحسان من قبل الآخرين عن طريق الجهود التي يبذلها للنجاح. وتقييمه لذاته مشتق من المصادر الخارجية، ولديه خوف عال من ارتكاب الأخطاء أو الرفض من الآخرين (Wheeler, et al., 1991). وهو يقابل الشخص الراغب في أن يكون محبوباً عند موزاك، وهو الشخص الذي يحاول إرضاء الجميع وفي كل الأوقات، وهو حساس للانتقاد، ويشعر أنه محطم عندما لا يحصل على الاستحسان العام والمستمر من الآخرين، وينظر إلى تقييمات الآخرين له على أنها مقياس لقيمته الشخصية (Mosak, 1979).

الرقم	الفقـــــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ راغباً في أن أكون محبوباً			
٢-	عندما كنتُ طفلاً أعير اهتماماً لاستحسان البالغين لأفعالي			
٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في الحصول على محبة المعلم			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحب الانتباه الذي كنتُ أحصل عليه عندما أقوم بعمل حسن			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كانت لدي حاجة مستمرة للنجاح لأشعر بأني مقبول من الأطفال الآخرين			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأني مقبول فقط عندما أكون ناجحاً			

٤- البُعد الرابع: المتحكم أو المسيطر (النوع النشط) (The Controlling Theme (Active))

هو الشخص الذي يرغب في التحكم بالآخرين، ولديه نزوع نحو السيطرة على أنشطة الجماعة (Wheeler, et al., 1991). وهو يقابل نمط المتحكم عند موزاك، وهو الشخص الذي يرغب في التحكم بحياته، ولديه رغبة في التأكد من أن الحياة لا تتحكم به، وهو لا يحب المفاجآت، ويتحكم بعفويته، وهو يفضل استخدام التبرير، والاستقامة، وتبعية للآخرين له، والترتيب (Mosak, 1979).

الرقم	الفقـــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتزعم الأطفال الآخرين			
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحبُ أن أفرض على الآخرين ما يجب عليهم أن يفعلوه			
٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مسيطراً			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في التحكم في الأطفال الآخرين			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في أن أقرر ما يفعله الأطفال الآخرون			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر أني أكثر قبولاً في الجماعة عندما أكون مسؤولاً			

٥- البُعد الخامس: الشخص غير الكفؤ (The Displaying Inadequacy Theme):

هو الشخص الذي يشعر بفقدان القيمة، وبعدم المقدرة على النجاح في منافسة الآخرين (Wheeler, et al., 1991). وهو يقابل نمط الشخص غير الكفؤ لدى موزاك، وهو الشخص الذي يتصرف وكأنه لا يفعل أي شيء صحيح، وبسبب إهماله يقوم بتوظيف الآخرين لخدمته.

الرقم	الفقـــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ بارعاً في الأنشطة التنافسية (R)			
٢-	عندما كنتُ طفلاً فعلتُ أشياءً كثيرةً جيدةً (R)			
٣-	عندما كنتُ طفلاً شعرتُ بالثقة بنفسي في كثير من المجالات (R)			
٤-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن أرغب في محاولة القيام بعمل صعب			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأنني قادر على عمل كل شيء بشكل أفضل من الأطفال الآخرين (R)			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ انجح في معظم الأشياء التي حاولت القيام بها (R)			

٦- البُعد السادس: الشخص المتحكم أو المسيطر (النوع السلبي) (The Controlling Theme (Passive)):

هو الشخص المعتمد على الآخرين، ويستخدم الأشكال السلبية في التعامل مع الآخرين، وهو الشخص المدلل الذي يتوقع أن يحصل على ما يريد في الحياة.

الرقم	الفقـــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مدللاً إلى حد الإفساد			
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحصل على كل ما أريد في البيت			
٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مدللاً في المنزل			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على اهتمام خاص			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على أكثر مما أستحق			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على ما أريد بطريقتي			

٧- البُعد السابع: الشخص المستغل (النوع النشط) الذي يعتمد على الانتقام (المنتقم) (The Exploiting Theme (Active) Getting Even):

هو الشخص الذي يقوم بعدة سلوكيات لإيذاء الآخرين والانتقام منهم. وهو الشخص الذي يشعر بالأذى ويرغب في الانتقام من الآخرين. فالعقاب الذي يحصل عليه من الآخرين نتيجة لسلوكه السيئ هذا يعتبره دليلاً على أنهم لا يحبونه، وهذا يعطيه المبرر لكي يثأر منهم. ويُوصف بأنه متمرد غير مطيع (Mullis, et al., 1987).

الرقم	الفقـــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب بالانتقام من الذين آذوني			
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أصرً على الحصول على حقي			
٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أنفذ مخططاتي للانتقام			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أنتقم عندما أتعرًض للعقاب			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أغضب إذا لم تسر الأمور كما أريد			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتمرد عندما لا أحصل على ما أريد			

٨- البُعد الثامن: الشخص المستغل (النوع النشط) إيذاء الآخرين (الذي يعتمد على إيذاء الآخرين) (The Exploiting Theme (Active) Hurting Others):

هو الشخص الذي يوصف بالإضافة إلى استغلال الآخرين، بقيامه بسلوكيات مخربة مثل الأسلوب السابق، ولكنه يختلف عنه بأنه لا يوجد أية دلالة على أنه يعطي سبباً أو مبرراً لسلوكه هذا مثل الانتقام. ويعتقد علماء التحليل النفسي أن الهدف من سلوكه هذا هو إيذاء الآخرين.

الرقم	الفقـــــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أستمتع بمضايقة الحيوانات			
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأنني مهم			
٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أضايق الأطفال الآخرين لأشعر بالمتعة			
٤-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن أمانع إيذاء الأطفال الآخرين			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ غالباً ما أنتقد لقيامي بإيذاء الآخرين			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ حريصاً على احترام حقوق الآخرين في المدرسة (R)			

٩- البُعد التاسع: الشخص الملتزم (النوع السلبي) (The Conforming Theme (Passive)):

هو الشخص المساير للآخرين والمطيع لهم بشكل سلبي. وهو يشبه الشخص الذي يحتاج لأن يكون جيداً لدى موزاك (Wheeler, et al., 1991). وهو الشخص الذي يفضّل العيش والالتزام بمعايير خلقية عالية جداً. وهو يعتقد أن الله سوف يسامحه على الآثام التي يرتكبها، والتي لا يسامح الآخرين عليها عادةً (Mosak, 1979).

الرقم	الفقـــــــــــــــرة	ملائمة	غير ملائمة	ملاحظات
١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مطيعاً جداً			
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ متعاوناً جداً			
٣-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن مزعجاً لوالدي			
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أصبر على إرضاء الكبار بدلاً من إزعاجهم			
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مؤدباً جداً			
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أساعد في أعمال البيت			

ملحق رقم (٤) القائمة الشخصية لأساليب الحياة في صورتها النهائية

فيما يلي عدد من الفقرات التي تصف طفولتك. الرجاء قراءة كل فقرة بدقة ووضع إشارة (X) في خانة الإجابة الملائمة التي تشعر بأنها تنطبق عليك تماماً، علماً بأن الخيارات إزاءها تتراوح مابين كثيراً جداً (وتعني انطباق الفقرة عليك بشكل كبير جداً) وقليلاً جداً (وتعني عدم انطباق الفقرة عليك بدرجة كبيرة جداً).

الرقم	الفقرة	كثيراً جداً	كثيراً	متوسطاً	قليلاً	قليلاً جداً
١-	عندما كنتُ طفلاً كنت منسجماً بشكل جيد مع رفاقي					
٢-	عندما كنتُ طفلاً كنت أواجه صعوبة في تكوين الأصدقاء					
٣-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن عضواً في أي جماعة					
٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أجد صعوبة في الشعور بأني عضو في جماعة ما					
٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتجنبُ الاشتراك بأية مجموعة					
٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ منعزلاً					
٧-	عندما كنتُ طفلاً كان أحد والدَي غاضباً مني					
٨-	عندما كنتُ طفلاً كنت اعتقد أن أحد والدَي كان لئيماً معي					
٩-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أعاقب ظلماً					
١٠-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأني محبوب من قبل والدَي					
١١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بالخوف من والدَي					
١٢-	عندما كنتُ طفلاً كان أحد والدَي يعتقد بأن ليس هناك أي فائدة ترجى مني					
١٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أراغب في أن أكون محبوباً					
١٤-	عندما كنتُ طفلاً كنت اهتم باستحسان البالغين لأفعالي					
١٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في الحصول على محبة المعلم					
١٦-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ افرح بالثناء الذي أحصل عليه عند القيام بعمل حسن					
١٧-	عندما كنتُ طفلاً كانت لدي حاجة ملحة للنجاح كي أشعر بأني مقبول من الأطفال الآخرين					
١٨-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأني مقبول فقط عندما أكون ناجحاً					
١٩-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتزعم الأطفال الآخرين					
٢٠-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحبُ أن أملي على الآخرين ما يجب عليهم أن يفعلوه					
٢١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مسيطراً					
٢٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في التحكم بالأطفال الآخرين					
٢٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في أن أقرر ما يفعله الأطفال الآخرون					
٢٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر أني أكثر قبولاً في الجماعة					

	عندما أكون مسؤولاً					
٢٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ بارعاً في الأنشطة التنافسية					
٢٦-	عندما كنتُ طفلاً فعلتُ أشياء كثيرةً جيدةً					
٢٧-	عندما كنتُ طفلاً شعرتُ بالثقة بنفسي في كثير من المجالات					
٢٨-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن أرغب في محاولــة القيــام بعمــل صعب					
٢٩-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بأنني قادر على عمل كل شيء بشكل أفضل من الأطفال الآخرين					
٣٠-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ انجح في معظم الأشياء التي حاولــت القيام بها					
٣١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مدللاً إلى حد الإفساد					
٣٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحصل على كل ما أريد في البيت					
٣٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مدللاً في المنزل					
٣٤-	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على اهتمام خاص					
٣٥-	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على أكثر مما أستحق					
٣٦-	عندما كنتُ طفلاً كنت أحصل على ما أريد بطريقتي					
٣٧-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أرغب في الانتقام من الذين آذوني					
٣٨-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أصر على الحصول على حقي					
٣٩-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أنفذ مخططاتي للانتقام					
٤٠-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أنتقم عندما أتعرّض للعقاب					
٤١-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أغضب إذا لم تسر الأمور كما أُريد					
٤٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أتمرد عندما لا أحصل على ما أُريد					
٤٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ استمتع بمضايقة الحيوانات					
٤٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أشعر بالفخر عنــدما أقــوم بإيــذاء الآخرين					
٤٥-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ استمتع بمضايقة الأطفال الآخرين					
٤٦-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن أمانع إيذاء الأطفال الآخرين					
٤٧-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ غالباً ما أتعرض للنقد لقيامي بإيــذاء الآخرين					
٤٨-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ حريصاً على احترام حقوق الآخــرين في المدرسة					
٤٩-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مطيعاً جداً					
٥٠-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ متعاوناً جداً					
٥١-	عندما كنتُ طفلاً لم أكن مزعجاً لوالدَي					
٥٢-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أحرص على إرضاء الكبار بدلاً مــن إزعاجهم					
٥٣-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ مؤدباً جداً					
٥٤-	عندما كنتُ طفلاً كنتُ أساعد في أعمال البيت					

ملحق رقم (٥) قائمة الأعراض المعدلة

التعليمات
فيما يلي قائمة بالمشاكل والشكاوى التي قد يعاني منها عامة الناس. اقرأ كل عبارة بدقة. وبعد التأكد من درجة انطباق العبارة عليك أرجو أن تضع دائرة حول أحد الأرقام الموجودة إلى يسار السؤال والتي تصف معاناتك أحسن وصف، أي: إلى أي مدى تنطبق عليك هذه المشكلة خلال الأسبوع الماضي حتى اليوم. ضع دائرة واحدة فقط على أحد الأرقام بعد كل مشكلة، مع عدم إغفال الإجابة عن أي عبارة. وإذا غيرت رأيك في الاستجابة، امسح الدائرة الأولى تماماً وضع أخرى حول الرقم المناسب.

ما مقدار معاناتك من الأعراض الآتية :	دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
١- الصداع....................	٤	٣	٢	١	صفر
٢- سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي....................	٤	٣	٢	١	صفر
٣- وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك........	٤	٣	٢	١	صفر
٤- الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة....................	٤	٣	٢	١	صفر
٥- فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية....................	٤	٣	٢	١	صفر
٦- الشعور بالحساسية تجاه الآخرين....................	٤	٣	٢	١	صفر
٧- الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك....................	٤	٣	٢	١	صفر
٨- إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك....................	٤	٣	٢	١	صفر
٩- الصعوبة في تذكر الأشياء....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٠- الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال....................	٤	٣	٢	١	صفر
١١- الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٢- الإحساس بآلام في القلب أو الصدر....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٣- الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٤- الشعور بالخمول أو قلة النشاط....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٥- التفكير في إنهاء حياتك....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٦- سماع أصوات لا يسمعها الآخرين....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٧- رعشة بالجسم....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٨- الشعور بعدم الثقة في معظم الناس....................	٤	٣	٢	١	صفر
١٩- ضعف الشهية للطعام....................	٤	٣	٢	١	صفر

٢٠- البكاء بسهولة..	٤	٣	٢	١	صفر
٢١- الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.....................	٤	٣	٢	١	صفر
٢٢- الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة................................	٤	٣	٢	١	صفر
٢٣- رعب مفاجئ بدون سبب...	٤	٣	٢	١	صفر
٢٤- ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها..............................	٤	٣	٢	١	صفر
٢٥- الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك......................	٤	٣	٢	١	صفر
٢٦- لوم نفسك على الأحداث التي مرت بك................................	٤	٣	٢	١	صفر
٢٧- الإحساس بآلام أسفل الظهر..	٤	٣	٢	١	صفر
٢٨- عدم القدرة على إتمام أعمالك..	٤	٣	٢	١	صفر
٢٩- الإحساس بالوحدة..	٤	٣	٢	١	صفر
٣٠- الإحساس بالانقباض..	٤	٣	٢	١	صفر
٣١- القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.................................	٤	٣	٢	١	صفر
٣٢- الشعور بعدم الاهتمام بما حولك.....................................	٤	٣	٢	١	صفر
٣٣- الشعور بالخوف...	٤	٣	٢	١	صفر
٣٤- الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.........................	٤	٣	٢	١	صفر
٣٥- الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة...................	٤	٣	٢	١	صفر
٣٦- الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك...............	٤	٣	٢	١	صفر
٣٧- الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك....................	٤	٣	٢	١	صفر
٣٨- الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها...........	٤	٣	٢	١	صفر
٣٩- الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.............................	٤	٣	٢	١	صفر
٤٠- الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.................................	٤	٣	٢	١	صفر
٤١- الإحساس بأنك أقل من الآخرين(الشعور بالنقص).....................	٤	٣	٢	١	صفر
٤٢- الشعور بآلام في العضلات...	٤	٣	٢	١	صفر
٤٣- الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك......................	٤	٣	٢	١	صفر
٤٤- صعوبة الاستغراق في النوم..	٤	٣	٢	١	صفر
٤٥- الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).................	٤	٣	٢	١	صفر
٤٦- صعوبة اتخاذ القرارات...	٤	٣	٢	١	صفر
٤٧- الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو السيارات....................	٤	٣	٢	١	صفر

٤٨- الصعوبة في التقاط أنفاسك..	٤	٣	٢	١	صفر
٤٩- الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك................	٤	٣	٢	١	صفر
٥٠-الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أماكن لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف	٤	٣	٢	١	صفر
٥١- الإحساس بأن ذهنك خال من الأفكار.........	٤	٣	٢	١	صفر
٥٢- تنميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك..............................	٤	٣	٢	١	صفر
٥٣- الإحساس بأن شيئاً يقف في زورك (يسد زورك)	٤	٣	٢	١	صفر
٥٤- الإحساس باليأس من المستقبل..	٤	٣	٢	١	صفر
٥٥- صعوبة في التركيز..	٤	٣	٢	١	صفر
٥٦- الشعور بضعف في أجزاء من جسمك................................	٤	٣	٢	١	صفر
٥٧- الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً..................................	٤	٣	٢	١	صفر
٥٨- الشعور بثقل في ذراعيك أو رجليك................................	٤	٣	٢	١	صفر
٥٩- التفكير في الموت..	٤	٣	٢	١	صفر
٦٠- الإفراط في تناول الطعام..	٤	٣	٢	١	صفر
٦١- الشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك...	٤	٣	٢	١	صفر
٦٢- الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك..................................	٤	٣	٢	١	صفر
٦٣- الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص ما........	٤	٣	٢	١	صفر
٦٤- الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح..................	٤	٣	٢	١	صفر
٦٥- الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل............	٤	٣	٢	١	صفر
٦٦- نوم مضطرب أو غير مريح...	٤	٣	٢	١	صفر
٦٧- الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء........................	٤	٣	٢	١	صفر
٦٨- وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون................	٤	٣	٢	١	صفر
٦٩- الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين........................	٤	٣	٢	١	صفر
٧٠- الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما...............	٤	٣	٢	١	صفر
٧١- الشعور بأن كل شيء عناء في عناء(الدنيا تعب في تعب)............	٤	٣	٢	١	صفر
٧٢- نوبات من الهلع أو الذعر بدون سبب معقول........................	٤	٣	٢	١	صفر
٧٣- الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام...........	٤	٣	٢	١	صفر
٧٤- الدخول في كثير من الجدل والمناقشات..............................	٤	٣	٢	١	صفر
٧٥- الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك......................................	٤	٣	٢	١	صفر

٧٦-الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك	٤	٣	٢	١	صفر
٧٧- الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين................................	٤	٣	٢	١	صفر
٧٨- الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئـــاً فـــي أي مكان	٤	٣	٢	١	صفر
٧٩- الشعور بأنك عديم الأهمية...	٤	٣	٢	١	صفر
٨٠- الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية................	٤	٣	٢	١	صفر
٨١- نوبات من الصراخ وقذف الأشياء...	٤	٣	٢	١	صفر
٨٢- الـــــشعور بـــــالخوف مـــــن الإغمـــــاء فـــــي الأمـــــاكن العامة..........................	٤	٣	٢	١	صفر
٨٣- الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك........	٤	٣	٢	١	صفر
٨٤- أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراباً شديداً...........................	٤	٣	٢	١	صفر
٨٥- أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك..................	٤	٣	٢	١	صفر
٨٦- الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة...............................	٤	٣	٢	١	صفر
٨٧- الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك........................	٤	٣	٢	١	صفر
٨٨- عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر............................	٤	٣	٢	١	صفر
٨٩- الـــــــــــــــــــــــــــــــشعور بالذنب...	٤	٣	٢	١	صفر
٩٠- الاعتقاد بأن هناك تغيراً غريباً قد طرأ على أفكارك..................	٤	٣	٢	١	صفر

LIFESTYLES AND THEIR RELATIONSHIP WITH SOME PSYCHOLOGICAL DISORDERS AMONG A SAMPLE OF PSYCHOLOGICALLY DISORDERED IN JORDAN

By

Ahmad Eid Mute' Alshakhanbah

Supervisor

Dr. Sulieman Tumeh Rihani, Prof.

ABSTRACT

This study aimed at exploring the relationship between lifestyles and some psychological disorders, As well as the ability of these lifestyles in predicting each of these psychological disorders.

The sample consisted of (110) inpatients and outpatients, and (110) normal people who are visitors or accompanying a disturbed person.

The life Style Personality Inventory (LSPI) (Wheeler et al., 1986) and The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1994) were used.

The Results of the study showed that the conforming theme (passive), the social interest theme, and the conforming theme (active) were prevalent among the normal sample in that order while, the conforming theme (active), the conforming theme (passive), then the social interest theme life styles are more prevalent among the disordered sample. No significant differences were found between the normal and disordered group in all lifestyles except the exploiting theme (passive), it was higher among disordered group.

concerning lifestyles' correlations with psychological disorders, results showed that there are a negative correlations between the social interest theme and OCD, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, paranoia, and psychosis. The exploiting theme (passive) correlated positively with depression, paranoia, and OCD. The conforming theme (active) correlated positively with psychosis, paranoia, interpersonal sensitivity, OCD, and hostility. The controlling theme (active) correlated positively with phobias, psychosis, anxiety, and depression. The displaying inadequacy theme correlated positively with OCD alone. The exploiting theme (active) correlated positively with anxiety, hostility, psychosis, paranoia, phobias, OCD, psychosomatics, depression, and interpersonal sensitivity.

Results also showed that the conforming theme (passive), conforming theme (active), social interest theme, the exploiting theme (active-getting even), and the exploiting theme (active-hurting others), have high predictability of anxiety and psychosis.

The conforming theme (passive), conforming theme (active), the social interest theme were found strong predictors of depression, OCD and interpersonal sensitivity. The exploiting theme (active-hurting others) and the exploiting theme (active-getting even) are strong predictors of psychosomatics. The conforming theme (passive), conforming theme (active), exploiting theme (active-getting even), and exploiting theme (active-hurting others) are strong predictors of hostility and paranoia. At last, the conforming theme (passive), conforming theme (active), exploiting theme (active-getting even), exploiting theme (active-hurting others), spoiled child theme, and controlling theme (active) lifestyles are strong predictors of phobias.